UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
Année 1964 N° 19

LA PLACE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LA CURE DES PROLAPSUS EXTÉRIORISÉS

(A PROPOS DE QUARANTE-CINQ CAS)

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE (Pr GUILHEM)
ET DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE (Pr A. PONTONNIER)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée et soutenue publiquement en mars 1964

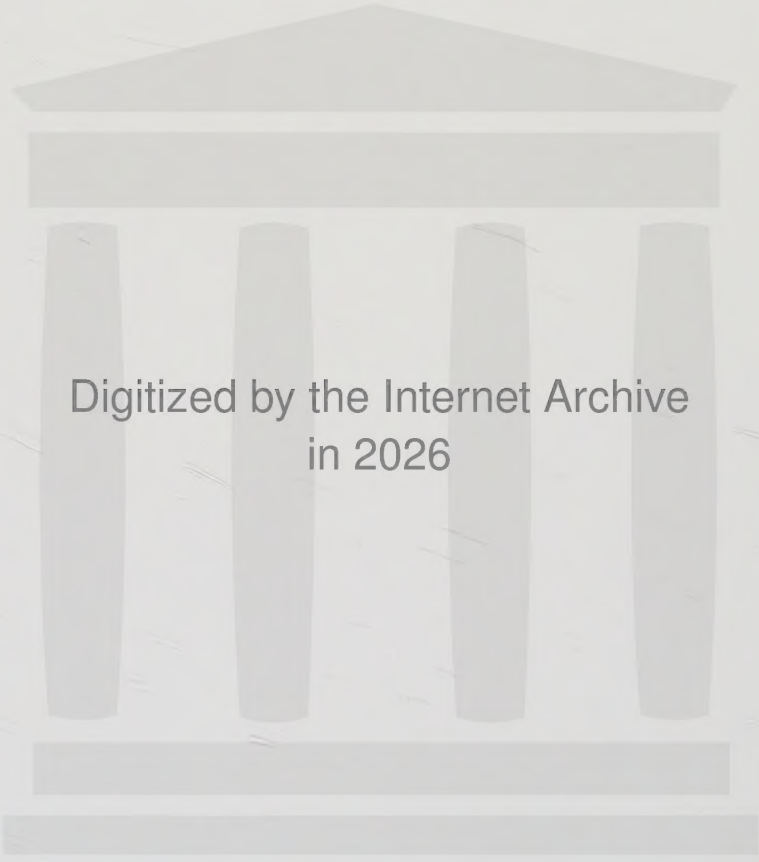
par

Raymond LAURIÈRE

Ancien Externe en Premier des Hôpitaux
Interne des Hôpitaux de Nice
Lauréat de la Faculté
Diplômé de Médecine Légale

Membres du Jury : MM. P. GUILHEM *Président*
A. BAZEX
PONTONNIER *Assesseurs*
G. ESPAGNO
GÉDÉON *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MÉDOUS
8, RUE GUTENBERG
1964


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547607_0043

LA PLACE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LA CURE DES PROLAPSUS EXTÉRIORISÉS

(A PROPOS DE QUARANTE-CINQ CAS)

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1964 N° 19

LA PLACE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LA CURE DES PROLAPSUS EXTÉRIORISÉS

(A PROPOS DE QUARANTE-CINQ CAS)

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE (Pr GUILHEM)
ET DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE (Pr A. PONTONNIER)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée et soutenue publiquement en mars 1964

par

Raymond LAURIÈRE

Ancien Externe en Premier des Hôpitaux
Interne des Hôpitaux de Nice
Lauréat de la Faculté
Diplômé de Médecine Légale

Membres du Jury : MM. P. GUILHEM *Président*

A. BAZEX
PONTONNIER *Assesseurs*
G. ESPAGNO

GÉDÉON *Suppléant*

TOULOUSE

IMPRIMERIE MÉDOUS
8, RUE GUTENBERG

1964

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen : **M. Lazorthes.**
1er Assesseur : **M. Blanc.**
2e Assesseur : **M. Sorel.**
Doyens honoraires : **MM. Gorse, Calvet, Lefebvre, Brustier.**
Professeurs honoraires : **MM. Ribaut, Vallois, Tapie, Delas, Riser, Bounhoure, Bugnard.**

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	Mériel
»		Gadrat
Clinique chirurgicale et gynécologique		Fabre Pierre
Clinique chirurgicale et du cancer		Grimoud
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		Virenque
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		Bazex
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne		Morel
Clinique des maladies des voies urinaires		Lhez
Clinique médicale infantile et puériculture		Sorel
Clinique médicale de la première enfance		Bardier
Clinique de neuro-chirurgie		Lazorthes
Clinique neurologique et psychiatrique		Géraud
Clinique obstétricale		Guilhem Paul
Clinique odonto-stomatologique		Cadenat
Clinique ophtalmologique		Calmettes
Clinique O. R. L. et chirurgie maxillo-faciale		Calvet
Clinique rhumatologique		Ruffié René
Clinique traumatologique des membres		Rieunau
Accouchement et obstétricie sociale		Pontonnier
Anatomie		N...
Anatomie appliquée		Poulhès
Anatomie pathologique		Fabre Jacques
Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale		Andrieu
Chimie biologique		Valdiguié
Electro-radiologie		Marquès
Embryologie générale		Broussy Jean
Histologie		Bimes
Hydrologie thérapeutique et climatologie		Darnaud
Médecine légale et médecine du travail		Planques
Médecine sociale		N...
Parasitologie		Bouisset
Pathologie chirurgicale		Dambrin
Pathologie générale et médecine expérimentale		Sendrail
Physico-chimie		Auvergnat
Physiologie		Laporte Yves
Physiologie appliquée et pharmacologie		Baisset
Physique biologique et médicale		N...
Propédeutique médicale		Laporte Jacques
Thérapeutique		Dardenne

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	M.	Coulouma
Bactériologie	Mme	Enjalbert
Biochimie médicale	MM.	Douste-Blazy
Médecine générale		Monnier
Oto-Rhino-Laryngologie		Claux
Pathologie médicale		Boulard
Pathologie chirurgicale		Lagrot

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie et Embryologie	MM.	Planel
Ophtalmologie		Déodati
Parasitologie		Ruffié Jacques
Physiologie		Montastruc
Physique médicale		Bru

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM.	Bastide
Anatomie Pathologique		Bouissou
Anesthésiologie		Lareng
Carcinologie		Estrade
Chirurgie générale		Gédéon
Electroradiologie		Pons
Hématologie		Ducos
Histologie et embryologie		Guilhem André
Pathologie expérimentale		Gleizes
Physiologie		Bessou
Physique médicale		Commanay
Pneumo-phtisiologie		Migueres

AGRÉGÉS

Médecine générale	MM.	Ribaut
»		Calazel
»		Rascol
»		Le Tallec
»		Ribet
Chirurgie générale		Enjalbert
»		Ficat
»		Pasquié
»		Souquet
»		Sarrazin
»		Gaubert
Dermatologie et syphiligraphie		Dupré
Hydrologie		Denard
Médecine légale		Grèzes-Rueff
Neurochirurgie		Espagno J.
Neurologie et psychiatrie		Gayral
Obstétrique		Espagno G.
Ophtalmologie		Bec
Pneumo-phtisiologie		Delaude

AGRÉGÉS LIBRES

Anatomie	MM.	Thomas
Pathologie chirurgicale		Dieulafé

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme	Dulucq-Mathou
Chimie analytique, toxicologie et hygiène industrielle	MM.	Bourbon
Chimie pharmaceutique		Blanc
Matière médicale		Vincent
Pharmacie chimique et pharmacodynamie		Caujolle
Pharmacie galénique		Stanislas
Zoologie		Roux

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Botanique	MM.	Roques
Pharmacie		Couturier
Sciences naturelles	Mme	Caujolle

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Microbiologie	MM.	Breuillaud
Sciences physiques		Pitet

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Toxicologie	M.	Broussy G.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal	MM.	Roche
Secrétaire		Berrut

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délib. en date du 12 mai 1891.)

JE DÉDIE CE TRAVAIL

A MON PERE, A MA MERE

En gage de ma reconnaissance et de ma profonde tendresse.

A MA FEMME

En témoignage de tout mon amour.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. GUILHEM

Professeur de Clinique Obstétricale

Qui nous a fait l'honneur de nous accueillir dans son service, de nous confier ce travail, et d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive et respectueuse reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAZEX

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
Dermato-vénérologue des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vous nous avez témoigné en plusieurs circonstances une bienveillante sollicitude. Nous vous remercions d'avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONTONNIER

Professeur d'Accouchements et d'Obstétricie Sociale

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier les malades et les observations de votre service pour l'édification de ce travail. Que celui-ci soit le témoignage de notre gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. ESPAGNO

Professeur agrégé d'Obstétrique

Vous nous avez inspiré ce travail auquel vous avez pris une grande part. Qu'il nous soit permis de vous exprimer, avec notre profonde reconnaissance, l'expression de notre très respectueuse amitié.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEDEON

Maître de Conférence agrégé de Chirurgie Générale

Vous avez su être un maître dont la clarté d'esprit a guidé nos études. Nous vous remercions de l'intérêt bienveillant que vous nous avez porté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ESQUIROL

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

Nous lui adressons nos vifs remerciements, à l'occasion de ce travail dont il a été le point de départ.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAMPAN

Vous avez guidé nos premiers pas en médecine, et suivie avec effection toutes nos études. Votre rigueur scientifique a toujours été pour nous un exemple. Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CIAUDO

Chirurgien des Hôpitaux de Nice
Chef du Service de Gynécologie Obstétrique

En remerciement pour l'accueil qu'il nous a réservé dans son service à l'Hôpital Saint-Roch.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAOLI

Assistant des Hôpitaux de Nice

Pour son aimable concours.

A MADEMOISELLE BYLA

Pour son aimable concours.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A TOUS MES CAMARADES D'ETUDES

A TOUS MES AMIS EXTERNES ET INTERNES

INTRODUCTION

Chaque jour les gynécologues sont amenés à diagnostiquer les prolapsus génitaux, qui vont de la simple colpocèle avec cystocèle à l'extériorisation complète des organes génitaux avec volumineux cystocèle et rectocèle. Nous employons le terme de prolapsus « génital » car, à de rares exceptions près, ce n'est pas un prolapsus « utérin » seul. La colpocèle, la rectocèle, la cystocèle, la descente de l'utérus ne sont que des parties solidaires d'un même ensemble clinique.

Le pronostic est exclusivement fonctionnel et le traitement exclusivement chirurgical (chirurgie plastique et réparatrice).

Nous n'envisageons dans notre étude que les prolapsus du 3e degré, c'est-à-dire les prolapsus extériorisés d'emblée, véritable infirmité et parfois curiosité médicale, et les prolapsus extériorisables. Il s'agit là d'affections de la femme ménopausée le plus souvent, s'accompagnant d'importantes lésions associées, viscérales et périnéales dont il sera nécessaire d'établir un bilan clinique détaillé permettant d'en fixer les possibilités thérapeutiques.

Parmi tous les nombreux procédés opératoires qui ont été proposés, l'hystérectomie vaginale avec périnéorraphie antérieure et postérieure nous a paru une très bonne intervention, d'une excellente tolérance et aux contre-indications limitées. En effet, elle enlève un organe inutile, qui peut être le siège de transformations post-ménopausiques graves, et dont la suspension est rendue très aléatoire par la déficience générale des tissus pelviens. D'autre part, on lui associe une périnéorraphie antérieure et postérieure ce qui est en quelque sorte un traitement étiologique. Nous tâchons également de conserver une partie suffisamment grande du vagin pour qu'il soit fonctionnel, selon l'âge et le désir des malades, modifiant ainsi, quelque peu, la technique de la classique colpohystérectomie vaginale de Rouhier.

Notre travail groupe l'étude de 45 malades. 25 observations sont issues des services hospitaliers (Pr. PONTONNIER, Pr. GUILHEM). *Les 20 autres proviennent de la clientèle privée du* Pr Agr. G. ESPAGNO. *Nous exprimons ici toute notre gratitude à nos maîtres pour l'amabilité qu'ils ont eu à nous communiquer ces observations.*

Ce nombre peut sembler assez restreint, mais il est expliqué par notre attitude thérapeutique vis-à-vis des prolapsus extériorisés jusqu'en 1959. Jusqu'à cette date, nous pratiquions, soit la triple opération française ; soit un cloisonnement vaginal, type LEFORT, *lorsque la malade n'était pas en état de supporter une laparotomie.*

Le Pr G. ESPAGNO *eût l'occasion, au cours des années 1955-58, de travailler avec le docteur* ESQUIROL, *gynécologue à Agen, qui avait soutenu sa thèse de Doctorat en Médecine sur l'hystérectomie vaginale et qui avait acquis depuis une grande expérience de cette voie. Ainsi, il put se familiariser avec la technique et voir les excellents résultats de cette intervention.*

Depuis, c'est-à-dire depuis cinq ans, elle a pris place dans notre pratique courante autant hospitalière que privée.

Nous verrons dans l'analyse des résultats que ceux-ci sont excellents dans la quasi totalité des cas, du moins sur le plan anatomique. Sur le plan fonctionnel, il faut souligner l'importance des troubles urinaires qui persistent parfois après l'intervention. Nous analyserons ce problème en détail et nous préciserons qu'elle est notre attitude thérapeutique.

PLAN D'ÉTUDE

I - HISTORIQUE

II - RAPPEL ANATOMIQUE :

1. Le soutènement.
2. La suspension.
3. L'orientation.
4. Les conséquences de l'hystérectomie vaginale.

III - DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

1. Le prolapsus du 3e degré.
2. Les lésions associées.
   - *a*) L'utérus :
     - 1° le corps,
     - 2° le col.
   - *b*) Les annexes.
   - *c*) La vessie.
   - *d*) Le péritoine.
   - *e*) L'hypo-œstrogénie.
3. Les lésions associées à distance.

IV - JUSTIFICATION DE L'HYSTERECTOMIE VAGINALE ; Ses indications.

V - TECHNIQUES CHIRURGICALES

1. Procédés supprimant la possibilité d'une activité sexuelle.
2. Procédés permettant de conserver une activité sexuelle.
3. Colporraphie antérieure.
4. Périnéorraphie postérieure.
5. Notre technique personnelle :
   - *a*) préparation de la malade,
   - *b*) intervention.

VI - NOS OBSERVATIONS

1. Analyse clinique.
2. Tableau synoptique.
3. Observations détaillées.
4. Suites opératoires immédiates :
   - *a*) sur le plan général,
   - *b*) sur le plan local.

VII - LES RESULTATS

1. Sur le plan général.
2. Sur le plan fonctionnel.
3. Sur le plan anatomique.
4. Le problème urinaire.

VIII - CONCLUSION

IX - BIBLIOGRAPHIE

I. — HISTORIQUE

C'est depuis fort longtemps que la question du traitement des prolapsus génitaux a préoccupé les médecins puisqu'on en retrouve état dans des documents datant de la plus haute antiquité. Pendant très longtemps le traitement ne fut que médical. Or, pour être efficace, il ne peut être que chirurgical et c'est à l'école de Padoue, au XVI[e] siècle, que revient le mérite des premières tentatives chirurgicales. C'est elle qui préconise et réalise la première l'hystérectomie. A cette époque également, Ambroise PARÉ montre que la seule voie logique est celle des plasties.

Au XIX[e] siècle est inaugurée l'ère des colporraphies avec BRESLAU, HENNING, ERLAND, VELPEAU. Puis une acquisition essentielle naît : celle du dédoublement anatomique, qui est érigée en doctrine par POZZI, PROUST, DELERIS, DUVAL. L'école germanique met en évidence l'importance du temps antérieur de la périnéorraphie avec HALBAN, WERTHEIM, SHAUTA, qui mettent au point différentes méthodes.

En 1870, deux auteurs, NEUGEBAUER en Allemagne et LE FORT en France, mettent au point le cloisonnement du vagin.

A la fin du siècle dernier, des pas décisifs sont faits vers l'intervention qui fait l'objet de notre étude.

— FRISTCH préconise l'hystérocolpectomie, reprise en France par POZZI.

— QUENU associe à l'hystérectomie vaginale, la colporraphie.

— ZIEGENSPECK ajoute à cette technique une notion de première importance : la myorraphie des releveurs.

Par la suite, cette technique connut des fluctuations diverses. De nombreuses autres méthodes furent décrites : exclusion de l'utérus, interposition vésicovaginale, hystéropexie, interventions auxquelles s'attachent les noms de SAVARIAUD, MULLER, HALBAN, WATKINS, FAURE.

Mais la colpohystérectomie reprit ses droits avec BRETEGNIER en 1920, BERGERET en 1932 et surtout ROUHIER, en 1940, dont le nom est actuellement synonyme de colpohystérectomie vaginale par voie basse avec plastie périnéo-vulvaire et myorraphie des releveurs.

Par la suite, cette technique fut largement appliquée. En raison de la limitation de la valeur fonctionnelle de la cavité

vaginale restante, de nombreux auteurs ont modifié cette technique en n'effectuant que des colpectomies partielles et en assurant la suspension du dôme vaginal restant grâce aux ligaments suspenseurs de l'utérus.

A toutes ces techniques s'attachent, comme nous le verrons, les noms d'auteurs anglo-saxons.

II. — RAPPEL ANATOMIQUE

Il nous est nécessaire de faire un rappel anatomique en étudiant en particulier les facteurs dont dépend la statique pelvienne normale. En effet, dans l'hystérectomie vaginale, le temps essentiel n'est pas l'hystérectomie, qui par voie basse est facile et peu choquante, mais dans le cadre du prolapsus, la reconstitution du plancher périnéal pour éviter toute récidive.

La statique pelvienne dépend de 3 facteurs :

— le soutènement,

— la suspension,

— l'orientation.

1° Le soutènement

Il porte sur la partie inférieure du tube vaginal. Il est placé au niveau du noyau fibreux central du périnée, là où aboutissent muscles et aponévroses du périnée, et en particulier le muscle releveur de l'anus. Celui-ci est d'une importance capitale car sa rupture ou son relâchement est à l'origine de bien des prolapsus. C'est le faisceau élévateur ou interne qui nous intéresse. Il s'insère en avant sur la face postérieure du pubis, en dedans de l'insertion du faisceau sphinctérien. De cette insertion, les fibres se portent en arrière, croisent le ligament pubo-vésical, l'urêthre, le bord latéral du vagin auquel elles adhèrent fortement. Les fibres s'insèrent ensuite sur le rectum, sur un tissu tendineux en forme d'arcade, mais également, en passant à travers le sphincter externe de l'anus dans la paroi du canal anal et jusqu'à la peau de l'anus.

Les 2 releveurs limitent ainsi un espace allongé d'avant en arrière, entre le pubis et le rectum : c'est la boutonnière urogénitale. Fait essentiel, le bord antérieur de cette boutonnière est presque vertical, en position debout.

Signalons également l'orientation du muscle. Il est très oblique en bas et en dedans, et forme une véritable carène dans laquelle est maintenu, en position médiane, le tube génital.

Que se passe-t-il à l'effort ?

Le releveur de l'anus se contracte, élève le noyau fibreux et la paroi postérieure du vagin : celui-ci, ainsi soulevé, se ferme et, s'opposant à la pression des viscères abdominaux, empêche tout prolapsus. Si par contre, le releveur ne se contracte pas en raison d'une lésion antérieure, le vagin ne se ferme pas et la paroi antérieure du vagin est toute libre de se prolaber : c'est le premier temps de tout prolapsus.

Au-dessous du releveur de l'anus, le soutènement est également assuré par un plan superficiel. Il est constitué par : en arrière, le noyau fibreux central du périnée. Celui-ci est logé dans un véritable « coin périnéal », triangulaire à la coupe entre la paroi postérieure du vagin en avant et la face antérieure du rectum au-dessous du cap du rectum ; le sommet est au cul de sac de Douglas, la base à la peau. Ce coin périnéal assure à l'occlusion vaginale à l'étage périnéal comme le releveur l'assure à l'étage pelvien ; la déficience de ce coin est constante dans les prolapsus.

En avant du noyau fibreux central du périnée, l'aponévrose moyenne du périnée participe également au soutènement et l'on sait la valeur de la lame superficielle de cette aponévrose.

2° La suspension

Elle intéresse le vagin mais également l'isthme utérin et l'utérus. Pour certains d'ailleurs le point où s'insère le vagin sur le col utérin serait un point fixe et il y aurait prolapsus dès que ce point s'abaisserait (Rouhier).

La suspension est assurée par un riche tissu fibreux qui se condense par endroits en ligaments mais n'est pas fait de pièces et morceaux (Huguier). Cet ensemble — le rétinaculum utéri — recouvre les viscères sous-péritonéaux et individualise différents éléments, qui sont d'avant en arrière :

— le fascia périvésical,

— les ligaments vésico-utérins,

— sur les bords latéraux de l'utérus, ce sont les ligaments cardinaux qui se continuent par la tente de l'hypogastrique. Cette tente de l'hypogastrique se condense également autour de tous les vaisseaux en constituant des ailerons tels les ailerons du vagin.

— En arrière surtout on trouve des éléments très résistants : les ligaments utéro-sacrés, condensation paramédiane d'une vaste nappe fibreuse qui s'étend du col et de l'isthme utérin à la ligne des trous sacrés. Leur rôle de suspension est très grand car ils sont très solides et amarrent fortement utérus et vagin. Certains auteurs d'ailleurs ont proposé le raccourcissement de ces ligaments comme traitement du prolapsus génital (Shirodkar). Ces ligaments, puissants, faci-

lement extériorisables, servent beaucoup comme nous le verrons pour la reconstitution du plancher pelvien après l'hystérectomie.

En effet, ces ligaments résistants et facilement repérables, car il s'agit d'une formation relativement épaisse et bien isolée anatomiquement, permettent d'amarrer le dôme vaginal restant d'une manière solide et durable.

Enfin, ce tissu fibreux pelvien se condense sur les bords latéraux des viscères médians ; ce sont les lames sacro-recto-génito-vésicopubiennes qui contribuent à maintenir les viscères dans leur position médiane.

3° L'orientation

Elle est complexe et toujours modifiée dans les prolapsus.

La boutonnière urogénitale et la tonicité des releveurs assurent à l'ensemble vagin-utérus une antépulsion. Les ligaments utérosacrés tirent sur l'isthme utérin, le maintiennent en arrière et leur point d'insertion ressemble à une charnière. Au-dessus, le corps utérin est antéfléchi, faisant un angle de 120° avec le col, et repose sur la vessie. Les ligaments ronds, qui, en réalité, sont davantage transversaux qu'antéropostérieurs, ont un rôle d'amarrage qui prête à discussion.

4° Les conséquences de l'hystérectomie vaginale

Nous ne saurions mieux clore ce chapitre d'anatomie qu'en étudiant les conséquencees de l'hystérectomie vaginale sur le plan anatomique, en envisageant ses effets sur les trois facteurs de la statique pelvienne.

a) *Sur le système de soutènement*

L'hystérectomie vaginale, on le conçoit, n'a aucun effet sur le soutènement, car elle ne lèse aucun élément du plancher périnéal, en particulier le releveur de l'anus et le coin périnéal qui, eux, sont déjà lésés.

b) *Sur le système de suspension*

Là, par contre, les conséquences sont majeures, car l'hystérectomie détruit toutes les terminaisons de suspension à la jonction utérovaginale. D'autre part, certains auteurs pensent qu'elle influe peut-être sur l'infundibulum péritonéal des forces de pulsion en abaissant le cul-de-sac de Douglas, mais ce n'est là qu'une hypothèse non encore vérifiée et de conséquences sans doute mineures.

c) *Sur l'orientation*

Dans ce cas, par contre, les conséquences sont négligeables car l'utérus supprimé, l'orientation fundique est détruite mais ce n'est là qu'une orientation accessoire et sans conséquence.

Mais d'un point de vue mécanique, l'hystérectomie vaginale supprime les « bouchons » que constituent les organes génitaux prolabés, et qui obstrue le canal vaginal. L'ablation de l'utérus et d'une partie du vagin va donc créer une volumineuse brêche périnéale qu'il faudra soigneusement combler pour éviter toute hernie péritonéale.

Donc, dans la cure du prolapsus par hystérectomie vaginale, on devra associer deux gestes :

1. — La cure du prolapsus, en somme le traitement étiologique pour reconstituer un périnée solide.
2. — Des gestes préventifs aux conséquences de l'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire réaliser une solidarisation des ligaments utérins facteurs de suspension et leur fixation au dôme vaginal restant lorsqu'on conserve une partie du vagin, de manière à assurer sa fixation et prévenir toute récidive, c'est-à-dire toute colpocèle.

III. — DONNÉES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

1° Le prolapsus du 3e degré

Les prolapsus varient dans leur aspect et leur degré. En effet, ils intéressent quatre organes essentiels : la vessie, le vagin, l'utérus, le rectum, et, c'est l'importance relative, respective du déroulement de ces organes, qui varie. Le prolapsus utérin isolé, pur, est rare et ne se voit que dans quelques cas bien particuliers. Il s'accompagne ou plutôt succède toujours à une colpocèle et une cystocèle. Il existe (Rouhier) un point fixe représenté par l'insertion du vagin sur le col utérin.

Si la suspension utérine se relâche,

Si le système de soutènement est insuffisant (déchirure périnéale, rupture des releveurs),

Si l'orientation de l'axe utérin est modifiée,

ce point fixe s'abaisse ; la paroi vaginale antérieure glisse en avant, se déroule : la colpocède antérieure est constituée et va rapidement entraîner la vessie. Parallèlement, se constitue une colpocèle postérieure et rectocèle. L'occlusion vaginale défectueuse, comme nous l'avons vu, ouvre librement la voie à la descente de l'utérus. Il s'agit donc davantage d'un prolapsus génital que d'un prolapsus utérin. Toutefois on peut classer en trois degrés l'importance des lésions.

Prolapsus du premier degré.

L'utérus est abaissé ; il est contenu en entier dans le canal vaginal, les culs de sac vaginaux sont abaissés.

Prolapsus du deuxième degré.

L'utérus apparaît à la vulve. Le col est visible entre cystocèle et colpocèle postérieure.

Prolapsus du troisième degré.

C'est celui qui nous intéresse et dans cette catégorie nous comprenons deux types anatomiques :

— Le prolapsus extériorisé d'emblée, le prolapsus total ; l'utérus qui a perdu droit de cité apparaît en grande partie à l'extérieur, véritable battant de cloche dont on conçoit la gêne fonctionnelle et le retentissement sur l'état général (asthénie,

amaigrissement, psychasthénie). L'utérus apparaît derrière une volumineuse cystocèle. Les culs de sac vaginaux n'existent plus. Le vagin est retourné en doigt de gant et seul persiste à la face postérieure du vagin un petit anneau de muqueuse saine et, en place, au-dessus des vestiges de l'hymen. Parfois coexistent une rectocèle, une élytrocèle qui témoignent de l'extrême déficience du périnée.

— Le prolapsus non extériorisé d'emblée. Il existe une cystocèle relativement importante ; le col utérin apparaît à la vulve mais ne la dépasse pas. Par contre, il s'extériorise à l'effort, à la fatigue, ou à la traction mécanique sur le sol. Comme nous le verrons, plus bas, on peut avoir une idée de la position du fond utérin en mesurant la longueur de la cavité utérine par hystéromètrie. Ce type de prolapsus doit être associé au premier dont il n'est qu'un stade plus précoce mais correspondant aux mêmes lésions ligamentaires et périnéales.

Cependant, dans un tel prolapsus, il est intéressant et capital de ne pas voir que l'utérus, qui d'ailleurs peut être le siège de lésions associées. Nous envisagerons dans l'ordre, après ces lésions et modifications utérines, l'état des annexes - de la vessie - du péritoine — et pour terminer ce chapitre anatomo-pathologique, quelques lésions à distance.

2° Les lésions associées

a) *L'utérus*

Expression secondaire dans le cadre général du prolapsus, la descente de l'utérus et les lésions associées de cet organe vont conditionner l'hystérectomie. Envisageons successivement le corps et le col.

1. *Le corps utérin.*

Le prolapsus extériorisé se voit surtout chez les femmes âgées donc ménopausées ; ainsi 35 de nos malades sur 45 l'étaient. C'est dire donc que l'utérus est en involution sénile. Il est petit, scléreux, atrophique, bien souvent plus petit que le col qui, comme nous le verrons, est hypertrophié. Son exérèse par voie basse est ainsi facilitée par son petit volume qui, d'autre part, vouerait à l'échec l'efficacité d'une interposition vésicovaginale à la Schauta. Cependant nous voudrions insister sur deux points, deux atteintes du corps utérin qui sont des indications à l'hystérectomie.

Les tumeurs utérines

Leur coexistence avec le prolapsus n'est pas très fréquente mais qu'elles soient bénignes comme les myomes, les

polypes, qu'elles soient malignes : cancer du corps, elles sont des indications formelles à l'hystérectomie. Celle-ci est possible par voie vaginale lorsque leur volume ne dépasse pas celui d'un orange. Nous avons, dans nos observations, quatre cas de prolapsus et de fibrome associés reconnus cliniquement et quatre cas de découverte histologique. Dans deux cas enfin, l'examen anatomopathologique a montré des atypies nucléaires prénéoplasiques.

Les métrorragies

Elles sont fréquentes puisque nous en relevons 17 cas dans nos observations (39 %). La plupart de nos malades étant ménopausées, ces métrorragies sont donc indiscutables et ont parfois davantage alarmé les patientes que le prolapsus lui-même. Ces métrorragies sont le plus souvent fonctionnelles et, dans ce cas, la biopsie de l'endomètre que nous n'omettons jamais de pratiquer renseigne sur l'étiologie :

— endomètre folliculino-lutéinique
— métrite hyperplasique
— endomètre atrophique.

Si on ne trouve aucune cause, on peut supposer que l'état inflammatoire de ces muqueuses génitales autant exposées est responsable de petites métrorragies.

2. *Le col.*

Etant donné sa position qui l'expose aux traumatismes, le col utérin est souvent blessé, irrité. Les cervicites sont fréquentes et peuvent dégénérer. La plupart des cols sont le siège d'ulcérations torpides, saignantes plus ou moins étendues. Le reste de la muqueuse cervicale se cutanise, se kératinise.

Mais surtout le col est le siège d'une transformation particulière : l'allongement hypertrophique. Il a été décrit pour la première fois par Huguier (1868). Il s'effectue au dépens de la portion sous-vaginale du col et surtout si la maladie existe depuis longtemps. Le col devient cylindroïde, ovoïde, peut atteindre dix cm de long et sept cm transversalement.

Pour Magendie, ce col allongé jouerait le rôle de bélier et forcerait le passage entre vessie et rectum. A noter que l'allongement hypertrophique groupe en réalité la résultante de deux mécanismes : l'un, l'allongement serait dû à un phénomène mécanique = la traction du vagin sur le col. L'autre, l'hypertrophie serait due à des troubles trophiques et vasomoteurs, à la stase et à l'infection chronique surajoutée.

Précisons pour terminer que cette modification du col n'est pas constante. Devant tout prolapsus extériorisé, il faut

mesurer la cavité utérine. Si l'hystérométrie donne un chiffre normal, cela prouve que le col est sensiblement normal mais surtout que le fond utérin est ptosé et que tout le système ligamentaire de suspension a lâché.

b) *Les annexes*

Celles-ci sont parfois enflammées ou dystrophiques. Dans quelques cas il existe un kyste de l'ovaire ; dans deux de nos observations, une telle éventualité s'est présentée et on a pu en faire l'exérèse par voie vaginale.

Certains auteurs (Contamin, Ferrieux, Lorillou) pratiquent dans le même temps opératoire une annexectomie bilatérale, arguant que les annexes sont le plus souvent pathologiques et responsables, dans une certaine mesure, du prolapsus et que leur exérèse chez des femmes ménopausées fait perdre beaucoup de son acuité à la question de la conservation endocrinienne.

c) *La vessie*

La cystocèle est constante, souvent importante et l'urèthre voit sa topographie bouleversée. Il existe donc très souvent des troubles urinaires : pollakiurie, difficultés à la miction, incontinence d'effort ou permanente. Cette vessie, qui s'évacue mal, s'infecte et la cystite peut se compliquer d'atteintes infectieuses ascendantes.

La cystocèle est en général très importante, au premier plan des viscères prolabés. Elle masque en partie l'utérus et le vagin qui sont situés derrière elle. Une telle extériorisation de la vessie n'est pas, on s'en doute, sans traduire d'importantes modifications de l'urèthre et de l'angle urèthro-vesical, d'où les troubles urinaires.

Voyons plus en détail quelques données anatomiques et physiologiques sur ces troubles urinaires.

Les troubles urinaires sont déterminés par la cystocèle, les troubles de position de l'urèthre, la modification de l'angle uréthro-vésical. La descente de la vessie entraîne la descente des orifices urétéraux. Au troisième degré de la descente, ceux-ci sont franchement tournés vers l'arrière.

Il n'y a aucun parallélisme entre le degré de l'incontinence et l'importance du prolapsus. Et évidemment les troubles urinaires sont au premier plan dans les cas de lésions du périnée antérieur. A l'opposé, il n'y a pas de troubles vésicaux majeurs dans les lésions du périnée postérieur, type élytrocèle.

Dans les prolapsus du troisième degré, l'architecture du pelvis est bouleversée. La vessie s' abaisse derrière et au-dessous du pubis dont elle s'éloigne. L'urèthre, et c'est capital,

perd son horizontalité, devient oblique, l'angle uréthrovésical s'ouvre et la lèvre postérieuse du col vésical s'allonge et s'aplatit. Le col vésical prend en permanence l'aspect d'un entonnoir qu'il affecte au cours du premier temps de la miction (MAGENDIE). Le sphincter lisse se relâche et le prolapsus, par sa cause, aggrave l'incontinence.

Si le prolapsus devient total, l'urèthre se plicature, se coude, écrasé qu'il est sous le pubis, par la cystocèle. L'occlusion de l'urèthre est donc mécanique et non plus physiologique : la guérison est donc apparente, trompeuse et lorsqu'on réintègre la vessie, lorsque l'on retend la paroi vaginale, on crée une traction sur l'urèthre dont l'angle avec la vessie est ouvert, créant ainsi à nouveau une incontinence des urines.

La réparation chirurgicale doit reconstituer l'anatomie normale. Celle-ci nous apprend que l'urèthre, dans ses 2/3 inférieurs, passe entre le ligament transverse profond du périnée et la bandelette sous uréthrale. La continence normale tient à l'écrasement de l'urèthre contre le ligament transverse profond alors que, lors de la miction, le bas fond vésical et le col s'abaissent et dégagent l'urèthre sous la barre du transverse. Donc toute manœuvre qui tire l'urèthre en haut et en arrière vient appuyer le conduit contre le ligament transverse et affermit la continence.

D'où l'efficacité de l'angulation obtenue chirurgicalement au niveau de l'angle uréthro-vésical.

Cependant, comment fixer la région du col vésical ? Cette région n'est guère retenue que par des formations lâches, fibreuses, aponévrotiques, issues de la symphyse et imbriquées avec l'arcuatum et l'aponévrose périnéale moyenne. Ces formations limitent le mouvement de descente de l'ensemble col vésical, urèthre, paroi vaginale antérieure au cours du prolapsus et sa transformation en un mouvement de déroulement, de bascule autour du point fixe sous-pubien (MAGENDIE). C'est ce qui justifie les cervico-suspensions type Perrin ou Léger.

Pour terminer, insistons sur l'importance de l'angle uréthro-vésical : cet angle est formé par la saillie endocavitaire de la lèvre postérieure du col. L'hypertrophie de cette lèvre entraîne une rétention ; par contre, son aplatissement est cause d'incontinence et c'est ce que cause la cystocèle.

Le traitement chirurgical visera donc à reproduire par un soutènement sous-cervical, la saillie de cette lèvre postérieure.

Nous clôturerons ce paragraphe consacré à la vessie par deux données cliniques :

Devant un prolapsus et des troubles urinaires du type incontinence, il ne faut pas oublier que si cette incontinence

est dans la quasi totalité des cas mécanique, dans certains cas elle peut être due à :

— une fistule vésico-vaginale,
— une vessie neurogène (tabès),
— une cystite vraie,
— une cystopathie endocrinienne.

La cystocopie peut apporter un complément intéressant ; en effet, elle précise l'état du trigone, elle montre les déformations caractéristiques du col vésical, elle visualise l'aspect pâle et atone de la muqueuse vaginale.

d) *Le péritoine*

L'architecture péritonéale du pelvis est considérablement modifiée et responsable d'une lésion particulière : l'élytrocèle, qui peut passer inaperçue au moment où l'on opère le prolapsus et se manifester par la suite. En effet, le péritoine est entraîné par le déroulement du vagin. Le cul de sac de Douglas, normalement, est cloisonné en deux parties, supérieure et inférieure, par les ligaments utérosacrés qui brident étroitement le Douglas ne délimitant au-dessous d'eux qu'une petite cavité en quelque sorte virtuelle. La déficience générale du tissu ligamentaire fait que les ligaments utéro-sacrés détendus ne brident plus le cul de sac de Douglas qui devient très profond et dans lequel sont libres de s'engager les anses grêles.

Dans les prolapsus extériorisés, il ne s'agit le plus souvent que d'une entérocèle postérieure mais qui n'est différente de l'élytrocèle pure que par la vacuité du cul-de-sac créée par les ligaments utérosacrés. A ce stade pas de signes cliniques. D'autre part, au cours de l'intervention, le décollement vaginorectal est trop court, trop limité pour découvrir l'importance de l'entérocèle.

En plus, toute modification de l'orientation du vagin qui le tire en avant, fait bailler les lèvres de la dépression péritonéale facilitant l'action de la pression abdominale et l'engagement des anses intestinales.

Lorsque celles-ci se sont engagées, il s'agit d'une élytrocèle que l'on peut définir comme « une grosseur faisant saillie dans la cavité du vagin, puis à la vulve, revêtue de la paroi postérieure du vagin, formée par la descente d'une partie du contenu abdominal, dans un diverticule anormalement développé de la cavité abdominale, sis dans l'atmosphère celluleuse qui sépare la cloison rectale de la cloison vaginale » (Broca).

L'élytrocèle peut être sessile ou pédiculée (exceptionnelle) et l'on doit cliniquement apprécier sa réductibilité au doigt, à la toux, à son gargouillement en position couchée,

à son pédicule supérieur. Ces signes cliniques, auxquels il faut ajouter les données des touchers pelviens combinés, permettront dans bien des cas de différencier l'élytrocèle d'un kyste, d'un fibrome du vagin mais surtout d'un rectocèle.

En fait, le danger est surtout de méconnaître une élytrocèle débutante car son évolution ne va qu'en progressant et oblige tôt ou tard, à l'intervention. C'est dire la nécessité de rechercher cette élytrocèle en particulier au cours de l'intervention, après l'ouverture du cul de sac de Douglas en cherchant au doigt s'il existe une poche péritonéale postérieure anormalement développée.

e) *L'hypo-œstrogénie*

Il existe, et ceci semble admis par la plupart des auteurs, une hypo-œstrogénie des muqueuses qui jouerait un rôle assez important dans l'étiologie des prolapsus et les soins pré et post-opératoires.

Cette hypo-œstrogénie rend les muqueuses fragiles, amincies, s'ulcérant facilement, cicatrisant plus longuement et se défendant mal contre l'infection. Cependant, toutes les muqueuses vaginales ne sont pas atteintes d'une telle carence, raison pour laquelle la cicatrisation se fait si bien dans la majorité des cas. Il y a des cas toutefois, de gros prolapsus avec des muqueuses sèches, vernissées, framboisées, qui bénéficieront quelque peu d'un traitement pré-opératoire de deux à trois mois par les œstrogènes.

3° Lésions associées a distance

Celles-ci entrent dans le cadre de ce défaut de trophicité tissulaire en partie responsable de l'apparition du prolapsus. Ainsi peut-on voir ptose rénale, atonie intestinale, ptose gastrique, éventration, hernies inguinales.

Conclusion

Nous avons volontairement développé ce chapitre d'anatomo-pathologie pour montrer les renseignements très importants que nous fournit l'examen d'une malade présentant un prolapsus du 3e degré. Il est capital de faire un examen clinique très soigneux, car du bilan des lésions associées dépend la conduite thérapeutique qui ne peut être valablement précisée qu'en fonction de ce bilan. Nous voulons parler surtout des troubles urinaires, qui réclament une attention particulière, car leur traitement est délicat. Et nous pensons que ce traitement doit être effectué dans le même temps que celui du prolapsus.

IV. — JUSTIFICATION DE L'HYSTERECTOMIE VAGINALE SES INDICATIONS

Le prolapsus extériorisé représente une entité anatomo-clinique bien particulière car :

— il survient chez la femme ménopausée le plus souvent ou du moins à un âge où la grossesse n'est plus désirée;

— l'utérus extériorisé est souvent le siège de tumeurs, de métrorragies, de modifications de l'endomètre qui sont dans la majorité des cas, bénignes.

Une telle affection n'est que le reflet d'un épuisement tissulaire, ligamentaire, musculaire devant lequel la chirurgie trouve des problèmes particuliers et quelque peu différents de ceux posés par les prolapsus du 1er et du 2e degré.

En effet, aucune restauration du système de soutien n'est possible. La suspension naturelle n'existe plus et quant à la suspension opératoire, même s'il n'y a pas impossibilité de réintégration, l'hystéropexie forme une adhérence charnue qui s'étire de plus en plus sous le poids du prolapsus et son invincible tendance à se reproduire. La descente de l'utérus réintégré et fixé se reproduit rapidement. De plus, l'hystéropexie, en modifiant la position de l'utérus, favorise la création d'une élytrocèle.

Que faire alors ?

Une opération type Lefort ? Mieux vaut effectuer une colpectomie (Müller, Savariaud). Mais elle ne met pas à l'abri de la récidive de cystocèle et des troubles urinaires ; l'allongement hypertrophique du col persiste et joue le rôle de racine pivotante diminuant la hauteur de la colonne de soutènement qui remplace le vagin et tend à reproduire le prolapsus. D'autre part, il est dangereux d'incarcérer dans le pelvis le col utérin pas toujours sain et le corps susceptible de transformation maligne, en interdisant toute exploration.

Le mieux semble donc de faire une hystérectomie par voie vaginale associée à une colpectomie et une périnéorraphie antérieure et postérieure. Rouhier a bien codifié ainsi la colpohystérectomie. Toutefois, il est possible de conserver un moignon vaginal suffisamment grand pour être fonctionnel

(car bien des malades n'ont pas abdiqué) et de solidariser le dôme vaginal aux ligaments utérins sectionnés assurant l'équilibre de la statique pelvienne.

D'autre part, l'hystérectomie par les voies naturelles, si elle est bien acceptée par les malades qui redouteraient une laparotomie, est une intervention très peu choquante. L'anesthésie est légère, peu poussée, avec peu de curarisants. Ainsi peut-on opérer sans risque des malades âgées, en mauvais état général ou présentant une tare organique qui ferait hésiter à pratiquer une intervention par voie abdominale. C'est dire que les indications peuvent être largement poussées.

L'hystérectomie vaginale est l'intervention de choix :

— dans les prolapsus extériorisés chez la femme âgée car il est très difficile et aléatoire de réintégrer l'ensemble utérus-vagin lorsque, en raison de la déficience tissulaire, on ne peut être assuré de l'efficacité d'un amarrage;

— dans les prolapsus extériorisés qui s'accompagnent :

- de lésions cervicales suspectes d'emblée ou suspectes de dégénérescence ;
- de métrorragies rebelles aux alentours de la ménopause ;
- de lésions fibromateuses lorsque celles-ci ne dépassent pas le volume d'une balle de tennis.

Telles sont les principales indications de l'hystérectomie vaginale dans les prolapsus. Dans d'autres cas, plus rares, elle sera pratiquée lorsque l'on veut associer une stérilisation avant la ménopause, ou lorsque, au cours d'une périnéorraphie classique pour prolapsus du 2e degré, on découvre une lésion utérine passée inaperçue cliniquement.

Enfin, il faut savoir que l'hystérectomie vaginale risque d'être difficile lorsque la malade a subi une intervention gynécologique antérieure, en particulier cure de prolapsus (périnéorraphie) car le remaniement tissulaire est souvent très gênant. Nous avons eu plusieurs cas de cette sorte, en particulier de récidive de prolapsus déjà opérés.

Conclusion

L'hystérectomie vaginale trouve donc ses avantages principaux dans sa facilité, son excellente tolérance par les malades, l'excellence de ses résultats. Elle enlève un organe devenu inutile, susceptible d'être le siège de lésions graves qu'une réintégration de l'utérus associée à une colpectomie, cacherait. D'autre part, la déficience tissulaire rend toute

suspension utérine aléatoire et la fréquence de lésions utérines surajoutées sont autant d'arguments en faveur de l'ablation de l'utérus. Pour cette ablation, la voie vaginale est fort pratique car, outre son intérêt du point de vue esthétique, son excellente tolérance permet de la pratiquer chez des femmes âgées. Cependant, elle réclame du chirurgien une grande habitude de la chirurgie vaginale. Beaucoup de chirurgiens, d'ailleurs, ne la pratiquent pas, la considérant comme une intervention difficile et aux indications limitées. Cela n'est pas vrai et telle qu'elle est, l'hystérectomie vaginale dans les prolapsus du 3e degré, est une excellente intervention qui gagnerait à être pratiquée plus souvent.

V. — LES TECHNIQUES DE LA COLPOHYSTERECTOMIE VAGINALE DANS LES PROLAPSUS EXTERIORISÉS

L'ablation de cet utérus en partie extériorisé est facile en général et l'hystérectomie, intervention bien réglée ne pose pas beaucoup de difficultés chirurgicales. Nous ne nous étendrons pas sur sa technique. Par contre, il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit avant tout de faire la cure d'un prolapsus génital et que le geste chirurgical ne saurait se borner à une hystérectomie. Il convient de compléter par :

— une colporraphie antérieure ;

— une périnéorraphie postérieure.

Autrefois, et d'après l'anatomo-pathogénie des prolapsus, on pratiquait une colpectomie totale qui assurait une guérison quasi certaine du prolapsus, mais aux dépens du sacrifice de la vie génitale. C'est pourquoi un certain nombre d'auteurs ont mis au point des interventions permettant de sauvegarder un vagin fonctionnel.

Dans ce cas, il faut alors reconstituer un plancher pelvien solide, résistant, par solidarisation des différents ligaments de manière à former une sangle sous-vésicale, et un amarrage du dôme vaginal ce qui garantit contre les récidives.

Nous exposerons donc deux groupes de procédés :

1) Ceux qui pratiquent une colpectomie et suppriment toute vie génitale.

2) Ceux qui permettent de conserver une vie génitale. Ils sont multiples car de nombreux auteurs ont mis au point diverses techniques.

Puis, nous dirons un mot des périnéorraphies.

1° - Procédés supprimant la possibilité d'une activité sexuelle

a) Procédé de Filhoulaud :

Hystérectomie vaginale avec cloisonnement vaginal de type Lefort.

b) Procédé de Fritsch :

Hystérectomie vaginale et large colpectomie.
Secondairement : myorraphie des releveurs.

c) Procédé de Rouhier :

S'inspirant du procédé précédent, Rouhier exécute quatre temps :

— Colpectomie antérieure totale ;
— Colpectomie postérieure subtotale ;
— Hystérectomie vaginale ;
— Myorraphie postérieure et suture vaginale.

Cette opération laisse un vagin très petit, véritable simulacre, mais c'est une opération bien réglée et qui donne d'excellents résultats.

d) Procédé de Pozzi :

Colpectomie totale.
Hystérectomie vaginale.
Myorraphie des releveurs dans le même temps.

e) Procédé de Bergeret :

Hystérectomie vaginale avec large colpectomie antérieure.
Colpectomie postérieure avec myorraphie des releveurs et suture vaginale terminale.

2° - Procédés permettant de conserver une activité sexuelle

L'hystérectomie a laissé libres par leur bout distal :

— les ligaments ronds en avant ;
— les ligaments cardinaux latéralement ;
— les ligaments utérosacrés en arrière.

Différents auteurs ont mis au point diverses techniques selon que sont solidarisés les uns ou les autres des éléments ci-dessus.

1) Procédé de Campbell :

C'est une reconstitution du plancher pelvien en fixant les ligaments utérosacrés de chaque côté de l'urèthre, aux éléments solides du périnée antérieur et en les rapprochant ensuite sur la ligne médiane.

2) Procédé de Bechet :

On réalise une fixation et extériorisation des ligaments larges à travers la paroi vaginale pour constituer une sangle antérieure sous-vésicale. Puis on suture les ligaments utéro-

sacrés, ce qui en fait donne un léger raccourcissement, ce qui n'est pas nuisible, loin de là.

3) Procédé de Green-Armytage :

On pratique une solidarisation sur la ligne médiane des deux pédicules annexiels et du fond vaginal à l'ensemble.

4) Procédé de Crossen :

Après l'hystérectomie vaginale, on réalise un soutènement de la vessie par les ligaments ronds et les paramètres suturés sur la ligne médiane et on termine par une fixation du vagin grâce aux ligaments utérosacrés.

5) Procédé de Ward-Mayo :

Il solidarise les éléments antérieurs et moyens qui sont amarrés avec le dôme vaginal restant.

6) Enfin les procédés de Heaney-Allen, de Babcock, de Philips, au cours desquels tous les éléments antérieurs, moyens et postérieurs sont suturés et solidarisés.

Voyons maintenant les périnéorraphies.

3° - Colporraphie antérieure

Son but est d'empêcher la reproduction de la colpocèle antérieure et de la cystocèle qui l'accompagne obligatoirement et qui est responsable des troubles urinaires qui s'ensuivent et que l'on observe quasi constamment en clinique.

Après incision verticale du vagin, on pratique un décollement vésico-vaginal, on clive la face postérieure de la vessie de l'utérus, arrivant ainsi jusqu'au cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Il faut alors réaliser un soutènement vésical. Pour cela :

— on retend la paroi vaginale antérieure en la raccourcissant dans le sens antéropostérieur ;

— on suture le fascia d'Halban ;

— on assure avec le tissu fibreux pubien une sangle, un véritable hamac sous-vésical, après avoir réintégré la vessie grâce à quelques points en bourse.

Certes, ainsi a-t-on refoulé la vessie et prévenu toute récidive de cystocèle, mais on a souvent peu amélioré les troubles urinaires. Nous verrons plus loin ce problème particulier car il domine suffisamment les résultats opératoires pour qu'on lui consacre un chapitre particulier.

4° - La périnéorraphie postérieure

Son but est de faire une myorraphie des releveurs de l'anus qui sont toujours lésés et dont la rupture est à l'origine, comme nous l'avons vu, de la béance vaginale et de la descente du vagin et de l'utérus.

On aborde le périnée postérieur par une incision en arbalète : la branche horizontale circonscrivant la bandelette cicatricielle vulvaire habituellement rencontrée, la branche verticale s'achevant peu à peu en avançant en profondeur.

On peut faire un simple décollement de Lawson-Tait mais on peut également pousser la dissection jusqu'à la découverte des gaines prérectales qui sont retendues. On assure la myorraphie des releveurs selon la technique habituelle. Ainsi crée-t-on un bon « mur postérieur », élément essentiel de la statique pelvienne ultérieure.

Voyons maintenant notre technique personnelle dans un chapitre qui nous permettra également d'envisager quelques détails au sujet de la préparation de la malade.

5° - Notre technique

Nous exposerons maintenant d'une manière un peu détaillée, la technique chirurgicale telle que nous l'avons appliquée aux quarante-cinq cas qui font l'objet de cette étude. Nous ferons précéder cette description de quelques données diverses : préparation de la malade, anesthésie, assistants, instrumentation.

A) *Préparation de la malade*

Il s'agit, d'une part, du bilan préopératoire, d'autre part de la préparation locale.

a) *Le bilan préopératoire :*

Il s'agit d'un bilan classique mais également, étant donné l'âge de nos malades et parfois leur mauvais état général, d'un bilan cardiorespiratoire plus poussé d'autant que l'examen clinique a mis en évidence l'atteinte de tel ou tel parenchyme. C'est ainsi que plusieurs de nos malades n'ont été opérées qu'après un traitement médical de quelques jours.

Signalons cependant qu'aucune affection viscérale n'a justifié l'abstention opératoire et ce davantage en raison de la bénignité de l'intervention que de la modestie de la tare organique.

Enfin, nous n'accordons pas une valeur particulière aux examens de la crase sanguine et nous n'en déduisons pas d'indications thérapeutique préventives.

b) *La préparation locale :*

Son but est de préparer les tissus, les muqueuses à l'intervention. Ceux-ci sont, comme nous l'avons vu, le plus souvent enflammés, voire infectés ou atrophiques en raison d'une carence œstrogénique. Par ailleurs, la vessie est parfois le siège d'infection. C'est ainsi que toutes nos malades ont reçu une préparation à base d'alphachymotrypsine, de badigeonnages au mercurochrome ou au dakin, d'injections avec des désinfectants gynécologiques. Certaines ont reçu un traitement antibiotique (terramycine ,tifomycine, pénicilline) ou des sulfamides ; à d'autres nous avons prescrit, lorsque l'intervention était différée, une cure d'œstrogènes.

Insistons toutefois sur l'importance du repos au lit. Avant d'être opérées, nos malades ont observé un repos complet de quelques jours à domicile. Ce repos a une très bénéfique influence sur le prolapsus et les tissus périnéaux.

En résumé, cette préparation est somme toute assez simple et nos malades ont été opérées en moyenne quatre jours après leur arrivée à l'hôpital.

c) *L'anesthésie :*

Après une prémédication classique, elle est pratiquée suivant les procédés modernes habituels. Elle nécessite pour les une heure et quart à deux heures et demie que dure l'intervention, moins de 1 g de Nesdonal auquel nous associons souvent du Flaxédil, du Viadril, ou un peu d'éther. Il est important également, chez ces malades âgées à fonction respiratoire parfois précaire et à circulation vasculaire diminuée, de maintenir une très bonne oxygénation. Nous employons également les curarisants à certains moments de l'intervention (fermeture du péritoine).

d) *L'équipe opératoire :*

Elle comprend trois membres. Le chirurgien est assis au milieu, faisant face à la malade mise en position gynécologique. Deux assistants l'aident : un, qui est l'aide en premier, est à sa gauche, un à sa droite dont la tâche essentielle est de manier les valves vaginales afin de présenter correctement le champ opératoire.

e) *L'instrumentation :*

C'est celle qui est utilisée habituellement en chirurgie vaginale : assortiment de valves vaginales de tailles et de formes différentes, instruments longs.

Enfin, point important : l'éclairage qui doit être parfait. Il est assuré par un appareil scialytique central auquel on adjoint des projecteurs d'appui.

B) *L'intervention*

Elle comprend trois temps : la colporraphie antérieure ;
l'hystérectomie ;
la périnéorraphie postérieure

Elle commence par l'incision vaginale qui est tout d'abord circulaire péricervicale ; c'est l'incision d'hystérectomie que l'on prolongera au fur et à mesure que progresse l'intervention par une incision sagittale de périnéorraphie antérieure et une incision en arbalète de périnéorraphie postérieure.

On commence le temps antérieur par un décollement vésico-vaginal. Il est plus ou moins facile, plus ou moins hémorragique. Il rencontre tout d'abord les piliers de la vessie qui sont ligaturés puis sectionnés, ce qui permet de poursuivre le décollement que l'on effectue largement latéralement. Poursuivant ainsi le clivage vers le haut, on atteint le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin ; parfois, en raison de l'allongement hypertrophique du col, ce cul-de-sac est difficile à atteindre car haut situé. On l'ouvre et on place à sa partie supérieure un fil d'attente. Au cours de ce temps, nous isolons le fascia d'Halban sur lequel on place des fils d'attente, de couleur, pour faciliter le repérage.

Puis on effectue un décollement postérieur qui nous amène au cul-de-sac de Douglas qui est ouvert. On vérifie avec le doigt s'il n'existe pas une élytrocèle débutante.

Le col utérin est libéré et son hémostase assurée.

On ligature et sectionne les ligaments utéro-sacrés et cardinaux. On place des pinces sur les pédicules vasculaires en prenant soin d'éviter toute traction. Le col utérin ainsi libéré de ses attaches ligamentaires peut être abaissé et la descente du corps utérin sera facilitée par la section et la ligature des ligaments larges. L'utérus ne tient plus que par la partie supérieure de ses attaches latérales. On peut, soit par le cul-de-sac de Douglas, soit par la face antérieure, le libérer de la partie haute du ligament large, du ligament utéro-ovarien puis du ligament rond, de l'arcade de Fallope et du mésosalpinx. L'utérus est ainsi enlevé.

La fermeture du péritoine apparaît alors comme un temps difficile car il est profond et sa fermeture doit être parfaitement exécutée. On l'effectue par un point en bourse, placé dans le sens des aiguilles d'une montre. Il faut prendre grand soin de ne pas inclure dans ces points une anse intestinale en évitant à la malade de pousser. On extériorise consciencieusement les pédicules annexiels que nous solidarisons sans traction sur la ligne médiane. On solidarise en croix également, les ligaments utéro-sacrés et les ligaments

ronds. Lorsque ces derniers sont en mauvais état, on amarre controlatéralement les ligaments utéro-sacrés au tissu fibreux des branches ischio-pubiennes en constituant une sangle sous-vésicale.

Le temps chirurgical de reconstitution du périnée continue. On refoule la vessie par quelques points en bourse en effectuant le plus souvent une opération de Marion. Il ne reste plus qu'à tendre les fils que nous avons placés sur la fascia d'Halban, qu'à effectuer une colpectomie antérieure dont l'importance varie avec l'âge de la malade ,son désir de conservation de la vie génitale et le type de prolapsus. On effectue une colpectomie postérieure dont l'importance est moindre que celle de la colpectomie antérieure. Puis on suture le vagin (grâce à un surjet sur la tranche) dont le dôme est amarré avec des ligaments utérins. Enfin on a placé un peu de spongel avant la suture vaginale.

Ainsi est terminé le temps antérieur et l'hystérectomie.

Le périnée postérieur est abordé par une incision en arbalète. On aborde les releveurs de l'anus sur lesquels on place trois points au catgut chromé ou au nylon. Si les releveurs sont de mauvaise qualité, on suture la gaine prérectale. On termine, non sans avoir assuré l'hémostase et instillé des antibiotiques, par une réfection du plan musculaire superficiel et par un surjet intradermique.

En fin d'intervention, on place une sonde vésicale que l'on laissera sept jours et une mèche vaginale goménolée que l'on enlèvera au quatrième jour. On met la malade sous antibiothérapie par voie générale pendant quelques jours.

Notre Maître, le Pr. PONTONNIER commence toujours par le temps postérieur. En effet, ce temps, quelque peu rébarbatif réclame en outre, de la part du chirurgien, beaucoup de minutie, et l'on peut, après l'hystérectomie, donc après un certain temps, en vérifier l'hémostase.

Telle est l'intervention que nous avons pratiquée chez nos malades avec quelques variantes de détail, selon les cas.

VI. — NOS OBSERVATIONS

Nous avons vu 45 malades pour prolapsus extériorisé que nous avons opéré par hystérectomie vaginale et périnéorraphie en deux plans. Nous allons faire l'analyse de ces cas.

1) Analyse clinique d'abord, qui nous permettra de mettre en relief certains faits, en précisant l'âge des malades, le nombre d'accouchements, l'histoire clinique du prolapsus, les troubles associés. Nous détaillerons plus particulièrement quelques observations qui nous ont paru plus intéressantes, soit parce qu'il s'agit d'un cas rare, soit parce que c'est une récidive de prolapsus que nous avons opéré et radicalement guéri, soit parce que nous avons obtenu un résultat moyen.

2) Analyse des résultats ensuite, chapitre où nous verrons quelles sont les suites opératoires et quels sont les résultats à longue échéance, puisque certaines de nos malades ont été opérées il y a près de cinq ans.

1° - Analyse clinique

a) *l'âge*

L'âge moyen de nos malades est de 60 ans. Notre malade la plus âgée avait 79 ans, la plus jeune avait 41 ans. La répartition des âges se fait ainsi :

— 6 malades de moins de 50 ans
— 12 malades entre 50 et 60 ans.
— 17 malades entre 60 et 70 ans
— 10 malades au-delà de 70 ans.

Nous voyons que le maximum des malades se trouve entre 60 et 70 ans, ce qui correspond en moyenne à un prolapsus apparu aux alentours de la ménopause et qui s'extériorise au bout de 10 à 15 ans d'évolution.

b) *le nombre d'accouchements*

Notre statistique donne les chiffres suivants :

pas d'accouchement	.....	2 cas
1 »	.....	7 »
2 »	.....	10 »
de 3 à 5 »	.....	8 »
plus de 5 »	.....	13 »

Il est à remarquer devant ces chiffres que :

— les grandes multipares sont les plus pourvoyeuses de prolapsus : plus de 30 %. Trois de ces multipares ont eut 7 enfants, 1 a mené 8 grossesses à terme.
— Deux malades n'ont eu aucune grossesse et sur ces deux nullipares, une n'avait jamais été mariée et tirait quelque fierté de son célibat.
— La moyenne d'accouchement est de 3,3 par malade.
— Sur les quelques 150 accouchements qu'ont présenté nos malades, il y a eu peu de dystocie puisqu'on ne relève que 7 applications de forceps et 2 déchirures périnéales. Ces notions étant à verser au chapitre de l'étiologie des prolapsus, en suggérant que si l'étiologie principale reste l'accouchement, les manœuvres instrumentales n'entraînent pas obligatoirement un prolapsus.

c) *le prolapsus*

Nous nous sommes attachés à préciser quelques détails cliniques, surtout à propos de l'évolution, du passage du prolapsus du 1er degré au 3e degré.

Dans le temps (et dans les cas où les souvenirs de la malade ont pu nous le préciser), le prolapsus remontait :

— à plus de 20 ans dans 3 cas
— de 10 à 20 ans dans 5 cas
— de 5 à 10 ans dans 11 cas
— de moins de 5 ans dans 6 cas

Il est à noter que :

a) Deux prolapsus, totalement inaperçus, inconnus auparavant, sont apparus très rapidement (deux mois) à la suite d'un épisode grippal avec amaigrissement important et vieillissement précoce.

b) De même la plupart de nos malades ont vu, après un traitement médical (pessaire) longtemps continué, leur prolapsus, alors du 1er degré, s'aggraver brutalement et s'extérioriser après un épisode grippal, dépressif ou d'asthénie importante.

c) Nous avons opéré cinq cas de récidive, c'est-à-dire d'échec de périnéorraphie antérieure et postérieure pour prolapsus débutant. Certes, n'avons-nous pas de compte rendu opératoire précis chez ces malades qui ont été opérées plusieurs années auparavant et dans des régions plus ou moins lointaines.

Leur prolapsus a récidivé rapidement et s'est extériorisé quelques mois avant qu'elles viennent consulter. L'hystérectomie vaginale que nous avons pratiquée a donné d'excellents résultats.

d) Enfin nous avons remarqué que l'apparition du prolapsus coïncidait avec les années qui entourent la ménopause. Entre 45 et 55 ans surviennent la majorité des prolapsus que nous avons eu l'occasion d'opérer et ce d'autant que le nombre d'accouchements a été plus grand. Nos grandes multipares ont vu leur prolapsus s'installer de suite après la ménopause.

Voyons maintenant avec quelle fréquence nous avons constaté des lésions associées.

a) *les métrorragies :*

20 de nos malades présentaient des métrorragies, soit 43 %, c'est dire leur fréquence. Ces métrorragies sont dues soit à une lésion organique : fibrome, cervicite, soit à une lésion fonctionnelle par trouble hormonal, soit résultent de l'inflammation qui accompagne tous ces viscères prolabés et exposés aux traumatismes.

b) *les cervicites :*

Nous avons découvert 6 cas de cervicite dont 2 étaient importantes : il existait une ulcération étendue responsable de métrorragies.

c) *les lésions annexielles :*

Nous n'en avons trouvé que rarement. Dans deux cas il existait un kyste de l'ovaire perceptible manuellement. Nous avons, dans ces cas, pratiqué une annexectomie ,par voie basse. Mais nous ne l'avons pas pratiquée systématiquement ou presque comme certains auteurs (CONTAMIN, FERRIEUX, LOURILLOU).

d) *les lésions fibromateuses :*

Nous avons pratiqué plusieurs hystérectomies (5) sur des utérus portant un fibrome dont la taille nous a permis une exérèse par voie basse. Mais nous avons plus souvent trouvé des utérus fibromateux grâce à l'examen histologique systématique que nous pratiquons sur la pièce opératoire.

e) *les troubles urinaires :*

C'est là un chapitre important ainsi que l'atteste la fréquence avec laquelle les malades le signalent.

En effet, seulement 10 de nos malades, c'est-à-dire 23 %, n'en présentent pas. Ces troubles urinaires se répartissent ainsi :

— troubles mineurs (pollakiurie, dysurie) .. 37 %
— incontinence à l'effort ..... 9 %
— incontinence totale ..... 20 %

Ces chiffres sont assez importants mais le bouleversement topographique de la vessie est tel, lorsque le prolapsus est extériorisé, qu'il justifie une telle fréquence. Nous verrons plus loin comment ont évolué ces troubles urinaires après l'intervention.

f) Signalons un dernier détail : la moyenne d'hospitalisation de nos malades a été de 17 jours. Sur ces 17 jours, 4 jours en moyenne ont été requis pour le bilan préopératoire et la préparation de la malade.

Avant d'analyser les suites opératoires que nous envisagerons en deux chapitres :

— suites opératoires immédiates ;

— résultats à longue échéance;

nous allons exposer en détail quelques observations qui nous ont paru plus intéressantes, que nous ferons suivre par un tableau synoptique.

2° Détail de quelques observations

OBSERVATION N° 1

M^me^ M... Elise, 66 ans, avril 1963.

(Prof. Agr. G. Espagno - Dr Alègre).

Cette malade présente un prolapsus génital très important, apparu il y a 30 ans peu après un cinquième accouchement qui fut long, laborieux, donnant naissance à un gros enfant (4,800 kg), mais surtout qui s'accompagna de déchirure périnéale.

Une première tentative chirurgicale, dont nous ne connaissons pas les modalités, eut lieu il y a quatre ans. Mais la récidive fut rapide.

Lorsque nous avons vu la malade, elle se plaignait de douleurs importantes, d'asthénie, mais surtout d'incontinence totale des urines, apparue depuis 6 mois. A l'examen, le prolapsus est total, le col est le siège d'une cervicite banale. Il est impossible de réintégrer le corps utérin et le repos auquel s'est astreinte la malade depuis quelque temps n'a pas diminué l'importance du prolapsus.

En avant, entre la symphyse pubienne et l'utérus prolabé, on perçoit une masse du volume de la tête d'un enfant, dure, fixée, qui semble être un fibrome calcifié.

Il est alors décidé de pratiquer une hystérectomie vaginale, associée à une périnéorraphie antérieure et postérieure. C'est alors qu'on s'aperçoit, lors de la libération de la muqueuse vaginale et de la masse antérieure, que la vessie est totalement extériorisée et qu'elle est le siège d'une énorme lithiase faite de gros calculs du volume d'une mandarine. On ouvre alors la vessie sur la ligne médiane, on extirpe les calculs, on reconstitue après fermeture vésicule en deux plans un hamac sous-vésical et on termine l'intervention comme de coutume.

Les suites opératoires sont bonnes, une sonde vésicale étant restée en place durant 15 jours. La malade est revue régulièrement. Trois mois plus tard, le résultat anatomique s'avère excellent mais l'incontinence urinaire persiste en partie.

OBSERVATION N° 2

M^me^ P... Aimée, 54 ans - Février 1962.
(Prof. Agr. G. ESPAGNO.)

Cette malade, ménopausée depuis peu, a eu cinq enfants, tous nés au terme d'accouchements normaux, sauf le premier où il a fallu employer le forceps. Elle a présenté, il y a 20 ans, un prolapsus génital opéré par voie vaginale sans que l'on ait de précisions sur ce qui a été fait. Huit ans après intervention, la malade a présenté une nouvelle grossesse. Après l'accouchement, le prolapsus a récidivé. La malade a porté un pessaire pendant six ans. Depuis peu le prolapsus s'est extériosé, des troubles urinaires sont apparus : incontinence d'effort.

La malade est opérée selon notre technique habituelle. Au cours du temps antérieur, on isole et on suture le fascia d'Halban, on reconstitue un bon plancher sous-vésical. Au cours du temps postérieur, on rencontre des difficultés dans le refoulement du rectum en raison de la disparition du plan de clivage secondaire à l'intervention antérieure.

Les suites opératoires sont normales. Les troubles urinaires disparaissent. Toutefois la malade, revue un an et demi après, signale la présence, à la station debout, d'une petite masse. Il ne s'agit pas de la vessie, mais de la paroi vaginale postérieure qui bombe en avant. Il s'agit d'une élytrocèle.

Le reste de l'examen s'avère très satisfaisant. Le vagin a 8 cm de profondeur et les rapports sexuels sont satisfaisants, aux dires de la malade. La paroi postérieure est bonne et la ligne anovulvaire mesure 5 cm.

OBSERVATION N° 3

M^me^ A... Jeanne, 49 ans - 1960.
(Prof. Egr. G. ESPAGNO).

Cette malade a présenté deux accouchements dont un a nécessité l'emploi du forceps après épisiotomie. Il y a 10 ans, après un épisode d'asthénie et d'un amaigrissement important (10 kg) est apparu un prolapsus. Celui-ci est total depuis deux ans et s'accompagne de troubles urinaires (incontinence). La malade, par ailleurs, est une grosse obèse avec un volumineux tablier graisseux abdominal.

L'intervention va se heurter à des difficultés. L'utérus est gros, de même que les pédicules et on ne peut ramener l'utérus par l'avant ; on attaque alors par le Douglas. Une hémorragie diffuse nécessite plusieurs ligatures montées. L'utérus a le volume d'une grossesse de deux mois.

Au cours du temps postérieur, on tombe sur de très mauvais tissus musculaires ; il est très difficile d'isoler un plan de clivage. On arrive toutefois à placer trois points en x au nylon.

Les suites opératoires sont bonnes, excepté un hématome dont la résorption est rapide.

Trois ans plus tard, la malade est revue. Aucun signe fonctionnel, pas de trouble urinaire, mais la vulve est un peu béante, le périnée postérieur se déroule à la poussée ; présence d'un rectocèle car le périnée postérieur n'a pas été assez serré.

OBSERVATION N° 4

M^me^ B... Jeanne, 70 ans - 1959.

Il s'agit d'une malade amaigrie, de constitution précaire, ménopausée depuis 21 ans et qui a eu trois enfants, nés normalement à terme sans dystocie. Son observation est intéressante car elle montre les mérites de

l'hystérectomie vaginale. En effet, un an auparavant cette malade a présenté un prolapsus génital avec col à la vulve, sans troubles urinaires. Elle a été opérée mais nous ne savons pas les modalités de l'intervention, vraisemblablement il s'agissait de la triple opération française. Toujours est-il que la récidive est apparue très vite sous la forme d'un prolapsus du troisième degré. Lorsque nous voyons la malade, elle présente un prolapsus extériorisé avec troubles urinaires, métrorragies.

L'échec de la première intervention, la récidive très rapide du prolapsus témoignent en faveur d'un épuisement musculo-ligamentaire pelvien ; toute intervention non radicale est vouée à l'échec. On pratique donc (Pr. Agr Espagno) une hystérectomie vaginale dont les suites sont parfaites.

Nous avons revu cette malade récemment, c'est-à-dire quatre ans après notre intervention. Il n'existe ni douleurs, ni troubles urinaires. Anatomiquement, le résultat est parfait, le vagin admet 1 doigt et a 5 cm de long, le mur postérieur est très résistant.

Les résultats sont donc parfaits et il semble que l'hystérectomie vaginale était la seule intervention logique à proposer à cette malade lorsqu'elle a consulté la première fois pour son prolapsus.

OBSERVATION N° 5

M^me^ R... Marie, 66 ans - 1962.

Cette malade est âgée de 66 ans quand nous la voyons et est ménopausée depuis 14 ans. Elle n'a eu qu'un accouchement.

Cinq ans auparavant, elle présentait une cystocèle avec des troubles urinaires peu accentués. Elle a subi une colpopérinéorraphie antérieure et postérieure. Mais rapidement après cette intervention la cystocèle réapparaît. Bientôt un prolapsus utérin se fait jour. Les douleurs pelviennes deviennent de plus en plus importantes. Le prolapsus, gênant beaucoup la marche, s'accentue progressivement, s'accompagne d'une cystocèle importante avec troubles urinaires (miction spontanée, dysurie). Enfin quelques mois avant qu'elle ne vienne consulter sont apparues des métrorragies de telle sorte que cette malade est amaigrie, asthénique, en mauvais état général quand nous la voyons.

A l'examen, il s'agit d'un prolapsus du troisième degré, avec un col ulcéré, saignant facilement. Les annexes ne sont pas pathologiques.

Le contrôle histologiquement ne montre rien de suspect.

On pratique une hystérectomie vaginale avec périnéorraphie selon notre technique habituelle (Prof. Agr. G. Espagno).

Au cours du temps antérieur, le clivage vésicovaginal est difficile en raison de la cure chirurgicale antérieure. On réintègre cependant correctement la vessie et on suture le fascia d'Halban.

Les suites opératoires sont parfaitement normales.

Nous avons revu cette malade deux ans après. Les résultats sont bons. Sur le plan anatomique, ils sont parfaits. La tonicité périnéale est excellente, le vagin admet 2 doigts et est long de 7,5 cm. Il semble parfaitement fonctionnel.

Sur le plan général, l'amélioration est grande : reprise de l'activité, prise de poids. Par contre, les troubles urinaires ne se sont guère améliorés. Il persiste une incontinence d'effort.

Ne serait-ce la persistance de ces troubles, l'hystérectomie vaginale était pleinement justifiée et a donné d'excellents résultats.

OBSERVATION N° 6

M^me^ P... Antoinette, 70 ans. - 1960.

Il s'agit d'une grande multipare (six accouchements normaux). Elle est ménopausée depuis 13 ans et on ne relève aucun antécédent pathologique notable.

Le prolapsus, qui est important, la gêne beaucoup. La cystocèle est assez importante et s'accompagne d'épisodes de cystite, et parfois d'hématuries. Il n'y a ni incontinence, ni métrorragies. La malade est opérée en juin 1960. Au cours de l'intervention, on solidarise les ligaments ronds et les pédicules utérins. On amarre les ligaments utéro-sacrés au tissu fibreux rétropubien. On réalise le soutènement de la vessie par une dissection et suture du fascia d'Halban et une résection importante de la paroi vaginale antérieure. Au niveau du périnée postérieur, on suture les releveurs de l'anus par points séparés au catgut chromé. On termine par un surjet intradermique (Prof. Agr. PONTONNIER).

Dans les suites opératoires, on note un épisode infectieux vésical qui rentre vite dans l'ordre, et une désunion partielle du surjet.

A noter que l'examen histologique du corps utérin montre la présence d'une métrite hyperplasique avec quelques dysplasies nucléaires.

Trois mois plus tard, la malade est revue. Son état général est très bon et elle se plaint épisodiquement de dysurie. A l'examen, le résultat anatomique serait parfait s'il n'existait une élytrocèle qui nous conduit à pratiquer une reprise chirurgicale du périnée postérieur. Au cours de l'intervention, après incision de la paroi vaginale, on ouvre le sac d'élytrocèle. Il est disséqué puis réséqué. On résèque également une bonne partie de la paroi vaginale postérieure.

Nous avons revu dernièrement cette malade, soit trois ans et demi après l'hystérectomie vaginale. Le résultat fonctionnel est parfait. Du point de vue anatomique :

— le vagin admet deux doigts et a 6 cm de long ;
— la ligne anovulvaire mesure 7 cm ;
— le mur postérieur est bon ;
— toutefois, à l'effort, il existe un léger déroulement de la paroi vaginale postérieure.

OBSERVATION N° 7

Madame C... Anna, 68 ans. - 1962.

Cette malade est ménopausée depuis 18 ans et son prolapsus est apparu en période préménopausique. Par ailleurs, cette femme a accouché cinq fois normalement.

Depuis six ans, le prolapsus, qui n'avait pas été soigné et qu'on avait laissé évoluer, s'est extériorisé. Il s'accompagne d'une gêne importante, mais il n'y a pas de métrorragies et les troubles urinaires (dysurie) sont très légers. Il existe une cystocèle importante.

L'intervention, pratiquée en octobre 1962, va rencontrer quelques difficultés. La dissection de la vessie s'avère difficile car le décollement est très hémorragique et l'allongement hypertrophique du col rend difficile la localisation du péritoine vésical. On réussit toutefois à disséquer et à suturer le fascia d'Halban après une large colpectomie antérieure. La périnéorraphie postérieure s'effectue normalement et on termine par un surjet intradermique (Dr. GRYNFOGEL).

Les suites opératoires ne sont émaillées que par une nécrose localisée au niveau de la suture vaginale. Une désinfection au mercryl laurylé et des badigeonnages au mercurochrome à l'eau ont rapidement raison de ce petit incident.

Nous avons revu cette malade il y a quelques semaines, c'est-à-dire plus d'un an après l'intervention. Il n'y a aucun trouble fonctionnel, en particulier pas de troubles urinaires.

A l'examen, le vagin apparaît large et profond, 7 cm, la hauteur du périnée postérieur (ligne anovulvaire) est de 3 cm. Mais la paroi antérieure du vagin est largement apparente, elle est horizontale, elle se déroule nettement à la toux, à la poussée. Il s'agit d'une récidive de cystocèle.

Il semble que la colpectomie ait été insuffisante et que les difficultés rencontrées lors de l'intervention aient gêné la suspension vésicale..

3° - Tableau

NOM et prénom	Age	Ancienneté du prolapsus	Délai dep. l'intervention
MO... Marcelle	41		5 ans
TR... Hermine	79	6 ans	1 an
PE... Antoinette	70		2 ans
CA... Anna	77	27 ans	6 mois
GR... Henriette	68	18 ans	6 mois
MO... Joséphine	57	4 ans	4 ans
RO... Marie	66	5 ans (récidive)	2 ans
MA... Adèle	57		1 an
ZA... Angèle	62	10 ans	3 ans
DI... Elise	57	4 ans	5 ans
LE... Blanche	74	3 ans	8 mois
PO... Jeanne	65	1 mois	3 ans
PA... Maria	58	3 ans	3 mois
MA... Jeanne	61	4 ans	3 mois
DE... Jeanne	57		3 ans
ME... Emilie	53		2 ans
CA... Henriette	63	24 ans (récidive)	1 an
SE... Carmen	47		3 ans
AV... Jeanne	47		3 ans
RO... Angèle	72	10 ans	4 ans
PO... Aimée	55	15 ans	1 an
GA... Madeleine	60		2 ans
GA... Anna	42		15 mois

SYNOPTIQUE

Troubles urinaires	RESULTATS		
	D'ensemble	Longueur du vagin	Troubles urinaires
pollakiurie	parfaits	11	aucun
pollakiurie ++	parfaits	6	pollakiurie
pollakiurie +	élytrocèle	7	aucun
aucun	parfaits	4	aucun
incontinence d'eff.	parfaits	8	aucun
incontinence d'eff.	parfaits	9	aucun
incontinence	parfaits	7,5	aucun
aucun	parfaits	1,5	
pollakiurie	très bons	1,5	aucun
dysurie	parfaits	7	pollakiurie
pollakiurie	très bons	1,5	pollakiurie
cystite	parfaits	8	aucun
pollakiurie	très bons		aucun
aucun	parfaits		aucun
pollakiurie ++	parfaits		pollakiurie
aucun	parfaits		aucun
incontinence	parfaits	9	pollakiurie
dysurie	très bons		aucun
aucun	élytrocèle		aucun
pollakiurie	très bons		pollakiurie
pollakiurie	élytrocèle	8	aucun
aucun	parfaits	7	aucun
aucun	parfaits	8	aucun

TABLEAU

NOM et prénom	Age	Ancienneté du prolapsus	Délai dep. l'intervention
LA... Marie	69	5 ans	2 ans
OU... Clotilde	72		1 an
BR... Jeanne	71	5 ans (récidive)	5 ans
BO... Eloïse	60	1 mois	5 ans
MA... Geneviève	63	19 ans	3 ans
SO... Dolorès	67	10 ans	3 ans
BO... Jeanne	62		4 ans
BA... Jeanne	54	3 ans	2 ans
ME... Damiana	69		3 ans
CO... Anna	68	20 ans	1 an
MA... Elise	70	32 ans (récidive)	8 mois
BO... Angèle	64	3 ans sur col rest.	7 mois
VA... Jeanne	51		2 ans
CO... Marie	64		18 mois
PA... Jeanne	65	25 ans (récidive)	8 mois
GA... Anna	41		2 ans
PA... Jeanne	70	10 ans	10 mois
TI... Jeanne	66		8 mois
MO... Anna	67		10 mois
CA... Marie	51	10 ans	6 ans
SO... Marie	52		10 mois
VA... Jeanne	73	14 ans	1 an

SYNOPTIQUE *(suite)*

Troubles urinaires	RESULTATS		
	D'ensemble	Longueur du vagin	Troubles urinaires
aucun	parfaits		aucun
aucun	parfaits		aucun
incontinence	parfaits		aucun
incontinence d'eff.	très bons	4	aucun
dysurie	parfaits	7	aucun
pollakiurie ++	parfaits	6	aucun
incontinence d'eff.	très bons		pollakiurie
incontinence d'eff.	très bons		aucun
dysurie	bons	6	pollakiurie
incontinence +++	récidive de cystocèle bons	7	pollakiurie incontinence
pollakiurie	très bons	7	aucun
pollakiurie	parfaits	3	pollakiurie
aucun	parfaits	7	aucun
aucun	élytrocèle	7	aucun
aucun	parfaits		aucun
aucun	parfaits	9	aucun
dysurie	parfaits	6	aucun
aucun	parfaits	7	aucun
incontinence	très bons		incontinence
pollakiurie	parfaits	8	aucun
aucun	parfaits		aucun

4) Suites opératoires immédiates

Dans la quasi totalité des cas, elles sont excellentes. Comme nous l'avons souligné déjà, et c'est là un très gros avantage de l'hystérectomie vaginale, le risque opératoire est minime et les complications locales sont peu fréquentes ou du moins bénignes. Toutefois, il faut mettre à part le problème de la thrombose veineuse des membres inférieurs ; nous étudierons cependant les suites opératoires d'une manière un peu détaillée, en deux chapitres :

1° Les suites sur le plan général ;

2° Les suites sur le plan local.

a) *Sur le plan général.*

Nous n'avons eu aucun décès bien entendu, mais surtout aucun problème de réanimation post-opératoire. Cette intervention « par les voies naturelles » ne crée aucun traumatisme tissulaire important, n'entraîne aucun déséquilibre biologique qui, chez les opérées âgées, est facile à provoquer et difficile à rétablir. Les tares viscérales, les affections chroniques dont sont si souvent porteuses les malades, ne sont ni aggravées ni décompensées. C'est ainsi que nous avons opéré, sans observer la moindre aggravation :

— 1 infarctus du myocarde ancien avec hémiplégie et aphasie ;

— 2 diabétiques ;

— plusieurs artérioscléreuses, avec chiffre de tension maxima supérieur à 19 ;

— plusieurs coronariennes ;

— une malade porteuse d'une miliaire froide ;

— une malade en hyposystolie ;

— enfin plusieurs malades étaient obèses ou porteuses de ces troubles veineux des membres inférieurs si fréquents chez les femmes à pareil âge.

Toutes ces malades n'avaient été opérées qu'après un bilan très soigneux et un traitement médical adéquat.

Chez les malades en bon état malgré leur âge, nous n'avons constaté aucun défaillance d'un parenchyme noble.

La convalescence de nos malades a été très courte : juste le temps de la cicatrisation locale et d'une antiseptie vésicale de courte durée. Plusieurs de nos opérées ont repris leur travail, et parfois un travail assez pénible, après l'intervention. Toutes, surtout, se sont déclarées enchantées des suites immédiates : dans la majorité des cas, aucune sensation désagréable, comme souvent après une intervention chirurgicale, n'a gêné les opérées et le bien-être qu'elles ont

éprouvé les premiers jours — comme si elles n'avaient pas été opérées, d'après leurs dires — a contrasté avec la réticence qu'elles éprouvaient avant l'intervention. Toutefois, deux de nos opérées se sont plaintes d'asthénie persistante mais celle-ci tenait davantage d'une psychasthénie constitutionnelle que de l'intervention.

Cependant l'hystérectomie vaginale, intervention sur le petit bassin, n'échappe pas à la règle qui veut que les thromboses veineuses des membres inférieurs soient plus fréquentes que dans les autres opérations. Nous relevons quatre cas dans nos observations.

Six à sept jours après l'intervention, trois opérées ont été vues précocement au stade phlébothrombose avec :

— une douleur dans le mollet,

— une discrète élévation thermique,

— quelques signes physiques tels que : la douleur à la pression, la douleur à la dorsiflexion du pied, et des troncs veineux sensibles à la pression.

Symptomatologie discrète donc mais qui a justifié un traitement anticoagulant immédiat. Tout est rentré dans l'ordre très rapidement et nous avons pu cesser le traitement.

Une de nos opérées a présenté un cas un peu plus grave, car, sans aucun signe périphérique, elle a présenté un accès dyspnéique, angoissant, de courte durée, sans signe clinique, radiologique, ni électroradiographique et qui peut être interprété comme la traduction d'une embolie pulmonaire, consécutive à une phlébothrombose. Là aussi, la rémission et la guérison furent très rapides.

L'hystérectomie vaginale semble donc thrombogène ce qui justifie l'examen consciencieux de ces malades pendant les dix jours qui suivent l'intervention.

b) *Sur le plan local.*

Les suites, localement, sont quelque peu plus riches mais n'apparaissent le plus souvent que comme de petits « ennuis » sans grande gravité. Toutefois nous allons les envisager très analytiquement. C'est ainsi que l'on peut observer :

— des *hémorragies vaginales* par suintement en nappe de la tranche de section vaginale. Elles ont cédé très facilement à un tamponnement vaginal. Nous n'en avons jamais observé.

— des *désunions*. Elles se voient surtout au niveau du périnée postérieur. Elles sont sans gravité, retardant certes la cicatrisation mais, avec des soins locaux, celle-ci se fait quand même très bien, sans séquelle douloureuse.

— des *hématomes :* ils peuvent se constituer dans les tissus cellulaires interviscéraux. Certains auteurs tentent de les provoquer car leur résorption fait place à un tissu fibreux adhérent qui contribue à la suspension des viscères, à leur maintien en place. Ainsi en serait-il pour l'espace vésico-vaginal, ce néo-tissu fibreux aidant au maintien de la vessie. Toutefois il semble sage de les éviter en assurant une bonne hémostase et en laissant in situ spongel et thrombase.

— des *suppurations :* elles sont rares, prédominent au niveau du périnée postérieur dont elles peuvent entraîner la désunion superficielle. Elles cèdent très facilement sous l'influence de soins locaux et du repos.

— les *fistules :* nous n'en avons observé aucune mais certains (Roux) en ont observé. Ce sont le plus souvent des fistules vésicovaginales, survenant chez des malades ayant déjà subi une intervention chirurgicale antérieure. Elles sont de diagnostic aisé mais, si leur pronostic est bon, elles nécessitent un acte chirurgical.

— les *infections urinaires :* elles sont relativement fréquentes, nous en avons observé quatre cas. Elles se traduisent par une cystite classique. Le prélèvement d'urines montre des germes banaux à l'examen bactériologique. Le traitement associant des soins locaux — lavages — et par voie générale la sulfamidothérapie, met rapidement un terme à ces infections vésicales qui peuvent toutefois prolonger la durée de l'hospitalisation.

Ainsi donc, avons-nous fait le tour des petits incidents qui peuvent émailler les suites opératoires immédiates.

Nous voyons qu'à part les phlébothromboses, elles sont toutes sans gravité, sans conséquence néfaste.

VII. — SUITES OPÉRATOIRES ÉLOIGNÉES LES RÉSULTATS

Nous envisagerons, au cours de ce chapitre, de bilan lointain, plusieurs points. Nous verrons que les résultats sont excellents, hormis peut-être sur le plan urinaire où l'amélioration des troubles vésicaux n'a pas été constante.

Sur le plan anatomique, par contre, les résultats sont parfaits dans 9 cas sur 10. Toutefois, si nous avons revu toutes nos malades trois mois après l'intervention, nous n'avons pu en revoir qu'un certain nombre au bout de 2 à 4 ans. Deux malades sont décédées entre temps (cancer digestif). Plusieurs n'ont pu être jointes et répondre à notre convocation. Cinq autres ne sont pas venues se faire examiner mais ont répondu par une lettre donnant suffisamment de détails pour que l'on puisse prendre les résultats de leur cas en suffisante considération.

Nous envisagerons les résultats sur trois plans :

— plan général,

— plan fonctionnel,

— plan anatomique,

et nous conclurons par une étude synthétique chiffrée.

1° Les résultats sur le plan général

Nous insistons sur le retentissement bénéfique de l'heureuse évolution post-opératoire sur le physique et le psychisme des malades. En effet, avant l'intervention, pour ces femmes qui souffrent, qui sont asthéniques et amaigries, qui sont dépressives pour certaines, psychasthéniques pour beaucoup, l'extériorisation du prolapsus qu'elles portent depuis longtemps est une véritable infirmité, dont le retentissement sur la vie sociale et conjugale est important. Quelques mois après l'intervention, le contraste est souvent frappant. Les malades, débarrassées de leur gênante infirmité, retrouvent un état général physique et psychique. Leur activité reprend, la reprise d'une vie sexuelle pour de nombreuses femmes ne sont pas sans une amélioration considérable sur le plan social et familial.

Cette transformation, il faut le souligner, est plus importante, plus marquée que dans la plupart des autres interventions viscérales.

2° Les résultats sur le plan fonctionnel

Toute douleur a disparu ; les femmes ne souffrent absolument plus dans tous les cas. Il n'existe pas de pesanteur périnéale, de gêne quelconque, hormis les cas de récidive partielle ou d'élytrocèle.

Toute métrorragie a évidemment disparu ; on a parfois simplement constaté quelques leucorrhées peu importantes et de traitement banal.

Par contre, les troubles de sphincters sont parfois constatés. Et si le sphincter anal n'est jamais lésé, le sphincter vésical manifeste souvent son mauvais fonctionnement. Nous avons classé les troubles urinaires en trois groupes. Voyons qu'elle a été leur évolution.

— La grande incontinence vésicale a cédé dans la quasi totalité de nos cas, sauf dans notre observation n° 1, bien qu'il y ait eu une certaine amélioration. Le plus souvent, les femmes ne présentent plus, soit que de la dysurie, soit une incontinence à l'effort ou matinale et par périodes.

— L'incontinence d'effort a souvent disparu complètement. Dans certains cas, elle a persisté ou a été remplacée par des troubles mineurs (pollakiurie).

— Quant aux petits troubles mineurs, ils disparaissent le plus souvent et encore faut-il faire, lorsqu'ils persistent, la part d'une insuffisance rénale associée et qui, à l'âge de nos malades, n'est pas étonnante.

Au total donc, l'amélioration des troubles urinaires est variable et presque imprévisible si on ne prend pas, au cours de l'intervention, un soin tout spécial de l'urèthre. De même que l'importance des troubles urinaires n'a aucun parallélisme avec l'importance du prolapsus, le degré de l'amélioration ne semble pas correspondre avec la perfection de la restitution anatomique.

3° Les résultats sur le plan anatomique

Ils sont le plus souvent parfaits. La statique pelvienne rétablie tient parfaitement, le périnée est tonique et résistant. Au niveau du périnée antérieur, le méat uréthral est en place, la paroi vaginale ne se déroule ni à la toux, ni à l'effort, et la cystocèle ne s'ébauche pas.

Le vagin que nous avons reconstitué et dont nous avons réglé l'importance par l'étendue de la colpectomie, est parfai-

tement fonctionnel. Il est, dans la majorité de nos cas, perméable à deux doigts et sa longueur moyenne atteint 7 cm bien que chez trois malades nous ayons pratiqué une colpectomie presque totale. De l'aveu même des malades, en faisant la part de toute chose, le résultat opératoire est excellent. Certes, sur ce plan, nous n'avons l'avis que d'un tiers de nos malades, car les autres, en raison d'un veuvage ou de l'âge, semblaient avoir abdiqué depuis longtemps.

Pour clore ce petit paragraphe consacré au vagin, faisons une dernière remarque.

Le cul-de-sac vaginal plusieurs mois après l'intervention apparaît plus vaste, plus profond qu'il n'avait été laissé en cours d'intervention. Certains pensent que ceci est dû à l'action de la rétraction cicatricielle post-opératoire des ligaments utérins, en particulier des ligaments larges et chez certains sujets aux effets de la reprise des rapports sexuels.

Au niveau du périnée postérieur, nous avons remarqué que la ligne anovulvaire était souvent plus longue 6 cm, 7 cm et parfois plus. Mais cela ne porte pas à conséquence. Enfin, le plan de soutien postérieur, constitué par les releveurs de l'anus suturés, est particulièrement solide et résistant, comme nous l'avons constaté au toucher rectal.

Certes n'avons-nous ci-dessus qu'analysé les résultats des interventions parfaites. Sur 45 cas, 41 ont été ainsi. Nous n'avons jamais eu de récidive du prolapsus comme certains auteurs ont pu le constater. Dans tous nos cas, dont un certain nombre ont été vus avec cinq ans de recul, la statique pelvienne est parfaite.

Nous avons à déplorer quatre cas où il a fallu intervenir de nouveau :

— 1 récidive de cystocèle que nous détaillons dans l'observation n° 7.

— 3 élytrocèles que nous décrivons dans les observations n° 2 et 6.

A quoi sont dus ces échecs partiels ? Sans doute faut-il incriminer la prudence, le souci du chirurgien qui, voulant conserver une vie sexuelle à la malade, a limité sa colpectomie et la périnéorraphie. Dans certains cas, on peut incriminer la mauvaise qualité du tissu musculaire et ligamentaire.

Pour conclure, résumons nos résultats en adoptant la classification adoptée par la majorité des auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

— Résultats parfaits : c'est-à-dire restitution anatomique parfaite, aucun trouble fonctionnel..... 30 cas, soit 66,6 %

— Résultats très bons : dans ce cas, la restauration anatomique est excellente, mais il persiste quelques troubles fonctionnels urinaires : pollakiurie, dysurie 4 cas, soit 15,55 %

— Résultats bons : avec une restauration anatomique bonne, mais des troubles urinaires restants importants .. .. 4 cas, soit 8,8 %

— Résultats médiocres : il n'y a pas à proprement parler une récidive du prolapsus, mais une imperfection anatomique importante en particulier une élytrocèle .. .. 4 cas, soit 8,8 %

— Résultats mauvais : ce sont des récidives du prolapsus vaginal. Mais nous n'en avons eu aucune.

Remarquons, pour terminer, que nous avons eu un résultat anatomique parfait dans 41 cas sur 45, c'est-à-dire dans 91,1 %.

4° Le problème urinaire

Nous avons souligné, tout au long de cette étude, l'importance de ce problème. Nous avons vu comment les troubles urinaires sont créés par la cystocèle et les modifications de la topographie uréthrale. Il semble également très difficile de prévoir l'évolution de ces troubles avant l'acte opératoire, certains s'améliorant, d'autres s'aggravant, malgré une conduite opératoire identique. Voyons quelles sont les ressources thérapeutiques et comment elles sont employées, en considérant bien que prolapsus et incontinence ne constituent que deux symptômes dont la coexistence si fréquente n'a d'autre lien qu'une commune étiologie.

Il existe de nombreuses méthodes chirurgicales, chaque chirurgien ayant sa technique. En gros, deux attitudes s'opposent :

— Les urologues en général attribuent à l'incontinence une prépondérance telle qu'ils lui appliquent d'emblée des procédés thérapeutiques complexes. Les opérations de Marion, de Delinotte, de Goebel-Stoeckel sont les plus pratiquées. Certains préfèrent les interventions de Perrin, d'Halban.

— La deuxième attitude est celle de certains chirurgiens généraux et des gynécologues. Ils envisagent le problème à l'inverse et commencent à traiter le prolapsus tout en soignant particulièrement le temps antérieur de la colporraphie. En même temps, ils pratiquent quelques « procédés mi-

neurs » pour pallier à l'incontinence tel qu'une plicature de l'urèthre. Et ce n'est qu'en cas d'échec que sont pratiquées des interventions plus complexes. Telles sont les attitudes de Roux qui fait une opération de Marion avec de très bons résultats ;

— de Papin qui ne recourt au Goebel-Stoeckel que dans deux cas sur dix.

Par contre, dans les réinterventions motivées par l'échec d'un premier traitement chirurgical, l'accord est complet presque tous les auteurs recourent aux opérations de suspension cervicale et de myoplasties. Chacun évidemment a sa préférence. Certains préfèrent la voie haute exclusive bien que la dissection du col vésical d'avec le vagin est difficile.

D'autres préfèrent la voie basse, utilisant les opérations de Delinotte, d'Aldridge.

Les urologues préfèrent, comme Huguier, la voie combinée qui, si elle est plus compliquée, est incontestablement plus sûre et plus claire.

Pour notre part, nous pensons qu'il est bon de pratiquer un Marion lors de l'hystérectomie vaginale. Ceux que nous avons pratiqués nous ont donné un excellent résultat. S'il n'y a pas d'amélioration, nous pensons que le mieux est d'effectuer une suspension du col vésical à la manière de Perrin ou de Léger. Et cette suspension doit, à notre avis, être pratiquée d'emblée lorsque les troubles urinaires sont graves.

VIII. — CONCLUSION

A propos de 45 cas d'hystérectomie vaginale avec périnéorraphie antérieure et postérieure pour prolapsus extériorisés, nous avons exposé nos résultats après une étude anatomique et anatomo-pathologique qui nous a permis de préciser les indications de cette intervention.

Au terme de cette étude, il nous semble intéressant de rappeler les points qui donnent à cette intervention toutes ses qualités :

1°) Elle est d'une excellente tolérance ;

2°) Elle permet de traiter dans le même temps opératoire différentes lésions, en particulier utérines ;

3°) Elle s'adapte très bien au prolapsus des femmes ménopausées car le problème de la conservation utérine ne se pose pas et l'on peut sauvegarder une cavité vaginale fonctionnelle ;

4°) Son exécution est très facile pour un chirurgien qui a l'habitude de la voie vaginale.

Toutefois persiste un problème difficile, celui des troubles urinaires associés. Il nous semble que devant des troubles graves, on ait intérêt à les traiter d'emblée, au cours du même temps opératoire par cervico-suspension.

Vu : *le Président de Thèse,*
P. GUILHEM.

Vu : *le Doyen,*
LAZORTHES.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 5 février 1964.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
A. LOYEN.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnons ici que l'essentiel d'une bibliographie que nous avons consulté en majeure partie.

1 - Allen (E.). — The role of vaginal hysterectomy in gynecology. *Am. J. Obst. Gynec.* 1951 - Suppl. vol. 61.A.

2 - Arthur (H. G. E.). — Traitement des prolapsus génitaux. *Proc. of the Royal Soc. of Med.* 6 juin 1949 tome XLII p. 388.

3 - Assouad (I.). — Colpohystérectomie dans le prolapsus génital. *Rev. méd. Moyen-Orient,* nov. déc. 1957, *14,* n° 6, 521-523.

4 - Barnes (J. - M^me^). — L'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus. *C.R. Soc. franc. de gyn.* - Janvier 1952, *22,* n° 1, 43-45.

5 - Bauer (K.). — Le traitement opératoire du prolapsus génital et de l'incontinence d'urines. *Zbl. gyn.* 24-11-1956 n° 47.

6 - Beaumont. — De la colpohystérectomie vaginale dans la cure du prolapsus utérin. Thèse Paris 1949 n° 729.

7 - Blanchard (O.). — L' hystérectomie vaginale selon la technique de Dickinson modifiée et la correction du prolapsus utéro-vaginal. *Prensa méd. argent.* 13-4-1951, *38,* n° 15, 897-901.

8 - Bretegnier. — Contribution à l'étude de la technique de l'hystérocolpectomie totale dans la cure des grands prolapsus utérins chez les femmes âgées. Thèse Paris 1910.

9 - Brocq (P.). — Les élytrocèles. *Ann. de chir.* Fév. 1958, n° 3, 4.

10 - Burke (J. K.). — Vaginal hysterectomy. *Journ. Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.* 1950, 57, p. 912-923.

11 - Chazot (M.). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des grands prolapsus génitaux chez les femmes âgées. Thèse méd. Lyon 1951 - n° 62.

12 - Clemp-Belle (A.D.). — Hystérectomie vaginale dans le prolapsus de l'utérus. *Am. Journal of Obst. Gynec.* n° 2 - fév. 1937.

13 - Coiquaud. — A propos de l'opération d'Halban. Etude anatomique du fascia vésico-vaginal. *Bordeaux Chirurgical* 1945.

14 - Coldefy (J.M.). — Cure radicale des gros prolapsus génitaux ; considérations sur 15 cas de colpohystérectomie vaginale avec adossement vessie-rectum. *Gynec. Obst.* (suppl.) 1950, *2,* n° 3, 296-299.

15 - Contamin (R.), Ferrieux (J.) et Lorillou (J.S.). — L'hystérectomie vaginale avec périnéorraphie antérieure et postérieure en deux plans. *Rev. franç. Gyn. Obst.,* nov. 1961, *56,* n° 11, 685-721.

16 - Cordier (G.). — La place de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus. *C.R. Soc. Franç. Gyn.,* oct. 1957, *27,* n° 7, 281-288.

17 - Cordier (G.), Thoyer-Rozat (J.). — La colpohystérectomie par voie basse pour prolapsus du troisième degré. Variantes dans la technique. *Presse Médicale,* 24 avr. 1957, *65,* n° 33, 766-767.

18 - Cordier (G.), Thoyer-Rozat et Seneze. — Le traitement des prolapsus génitaux. *Actualités médico-chirurgicales* p. 69 à 121. Masson, Paris 1958.

19 - Cotte (G.) et Mathieu (J.). — L'opération d'Halban dans le traitement des prolapsus génitaux. *Lyon Chir.* 1944, t. xxxix, n° 3.

20 - Counseller (V.S.). — Vaginal hystérectomy. *Obst. and. Gynec.* 1953, I, 1, 84.

21 - Crossen (F.). — *Operative gynecology*, 1930, 117.

22 - Danforth (W.C.). — Hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin. *Am. J. Obst. Gynec.* oct. 1945, *50*, n° 40, 376-384.

23 - Decio (C.). — L'isterectomia vaginale associata alla plastica per la cura del prolasso uterino. *Riv. It. di Ginec.* 1942, 392.

24 - Delseny (H.). — L'hystérectomie dans la cure de certains prolapsus utérins. *Thèse*, Montpellier, 1943.

25 - D'Esopo (D.A.). — Modification de la technique d'hystérectomie vaginale pour le traitement du prolapsus de l'utérus. *Am. J. Obst. Gynéc.*, sept. 1961, *82*, n° 3, 544-548.

26 - Dujovich (A.), Gherscovici (M.) et Lisack (E.). — L'hystérectomie vaginale pour prolapsus de l'utérus. *Prensa Med. Argent.* 19 juillet 1957, *44*, n° 29, 2242-2245.

27 - Ercole (R.). — Incontinence d'urines chez les femmes. VI[e] congrès d'Urologie, *Mar del Plata*. Déc. 1956.

28 - Falk (H.C.), Polishuk (W.) et Solomon (C.). — Hystérectomie vaginale pour prolapsus de l'utérus. *Am. J. Obst. Gyn.*, Février 1955, *69*, n° 2, 333-337.

29 - Figarella (J.). — Traitement chirurgical du prolapsus utérin. *Bulletin Méd.* n° 6, 1948.

30 - Figarella (J.). — Traitement chirurgical du prolapsus utérin. *Gyn. et Obst.* n° 5, 1950.

31 - Fobe et Thierry. — Epithélioma du col utérin et prolapsus. *Gynaecologia*, Juin 1955, 139, n° 6.

32 - Forgue (E.). — Prolapsus génitaux. *Précis de pathologie externe*, 10[e] édition, p. 1111.

33 - Fox (E.A.) et Ibarbia (J.A.). — Technique de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérovaginal. *Prensa Med. Argent.*, Juin 1945, *32*, n° 25, 1172.

34 - Fresnais (J.). — Péritonite par sphacèle d'un kyste de l'ovaire après colpohystérectomie vaginale. *Mémoires Ac. Chirurgie*, Tome 69, n° 13, 14 avril 1943.

35 - Funck-Brentano (P.,) Robert et George. — Cancer du col utérin et prolapsus extériorisé. *P. M.*, 10 avril 1954, p. 62, n° 26.

36 - Gascougnolle (R.A.G.). — La cure des gros prolapsus génitaux chez la femme ménopausée par l'opération de Rouhier. *Thèse Bordeaux*, 1954, n° 97.

37 - Gheorghiu (N.N.), Savu (J.), Papanicu (V.) et Nicolesco (C.). — Considérations sur la colpohystérectomie vaginale suivie de cloisonnement vulvaire pratiquée dans les cas de prolapsus génital total. *C. R. Soc. Franç. Gyn.*, juin-sept. 1957, *27*, n° 6, 262-267.

38 - Gil Vernet (E.). — Incontinence d'urines chez la femme. *Tratamiento Quirurgico*, Montalvo, 1955.

39 - Gones (N.R.), Alves, Pereira (J.F.) et Fadel (R.M.). — Les suites opératoires des périnéorraphies. *Ann. Brasil. Gyn.*, juin 1959, 47, n° 6, 333-336.

40 - Gosselin (O.), Ameline (A.), Huguier (J.). — Prolapsus après hystérectomie. Congrès de Gyn. et d'Obst. Marseille 1957. *Bulletin Fed. Soc. Gyn. et Obst.* 1957, *9*, n° 1 bis.

41 - Guillemin (G.). — Hystérectomie vaginale. *Thèse Lyon* 1940-1941.

42 - Held (E.). — Que vaut l'hystérectomie vaginale dans les opérations pour prolapsus. *Gynaecologia,* Juil. 1950, *130,* n° 1, 22-30.

43 - Hernet (E.). — Formes cliniques des prolapsus génitaux et choix des techniques curatrices. *Gyn. Obst.* Tome 49, n° 5, 1950.

44 - Huguier (J.). — Pathogénie et formes anatomo-cliniques des prolapsus. *Revue du Praticien.* Tome VIII, n° 10.

45 - Huguier (J.). — La statistique du pelvis et la cure des prolapsus génitaux. *Concours Med.* 28 avril 1951, p. 1567-1578.

46 - Keller (R.). — Etude des récidives des prolapsus génitaux opérés. Causes et moyens de les éviter. *Rev. Franç. de Gyn. Obst.,* Février 1945, *40,* n° 2, 41-51.

47 - Kichgina. — Cancer utérin sur prolapsus. *Akoutsch Gin. Moscou,* mai-juin 1953, n° 3, 73-80.

48 - Laleuf (L.). — Traitement des prolapsus génitaux par la colpohystérectomie vaginale. (Résultats éloignés de 34 observations). *Thèse Paris,* 1954, n° 171.

49 - Magendie (J.), Lange (J.), Lamarche (Ph.). — Les troubles fonctionnels vésicaux associés au prolapsus utérin. *Rapport aux XX^e Assises Franç. de Gynéc. Limoges,* Juin 1960. Masson Editeur, Paris 1960, p. 121-179.

50 - Magendie (J.). — L'évolution des techniques chirurgicales dans la cure des prolapsus génitaux. *Sud Med. et Chir.* 1953, t. LXXXVI, n° 2380, p. 2910.

51 - Magendie (J.), Léger, Kolenc, Georges. — Epithélioma intraépithélial et prolapsus du 3^e degré. *Bordeaux Chirurgical,* Janv. 1955, n° 1, p. 30.

52 - Marcel (J.E.). — Les complications urinaires des prolapsus génitaux. *Assises Franç. de Gyn.,* Paris, juillet 1954.

53 - Marghetti (A A.). — L'incontinence d'urines. *J.A.M.A.,* 8 déc. 1956, *162,* n° 5, p. 1366-1368.

54 - Marmol (D.G.). — L'hystérocolpectomie totale dans le grand prolapsus de la femme âgée. *La Havane,* n° 3, juil-sept. 1950, vol. 21.

55 - Mathieu (J.) et Mousselon (J.). — Traitement chirurgical du prolapsus utérin des femmes âgées. Ses limites, ses résultats. *Entretiens de Bichat,* 1957, p. 1771.

56 - Mathieu (J.). — L'hystérectomie vaginale dans le traitement des prolapsus génitaux. *Rev. franç. Gyn. Obst.,* nov. 1958, *53,* n° 11, 773-780.

57 - Meillere (J.). — Hystérectomie totale et prolapsus. P.M. *70,* n° 38, p. 1777 et n° 49 p. 2347.

58 - Meillere (J.). — Hystérectomie et prolapsus. *J. de Chirurgie* 84, oct. 1962.

59 - Merger (R.), Levy (J.), Melchior (J.) et Barrat (J.). — Traitement des prolapsus génitaux. *Encycl. Méd. Chir. - Gynécologie,* T. 1, 290-A, 50.

60 - Messaza (H.). — La terapia del prolasso complete d'ell'utero. *Annali. Ost. e gin.* 1951, LXXIII 1147.

61 - Michel (R.). — Résultats éloignés du traitement chirurgical des prolapsus. *Thèse Paris* 1950, n° 1071.

62 - Mocquot (R.A.), Rudler (J.C.), Palmer (R.), Varangot (J.). — Organes génitaux de la femme. *Traité de technique chirurgicale.* Tome V, 2^e édition.

63 - Morales (J.M.)., et Sosa (V.G.). — La hystérectomia vaginal en el tratamiento del prolapso uterino. *Obst. Gynec. Latin Americ.* 1952.

64 - Moulonguet (P.). — Sur la thérapeutique chirurgicale de l'incontinence des urines. *Mem. Acad. Chir.,* 5 février 1958, *84,* n° 4, 5, 152.

65 - Muller (P.), Michel (M.), Toussaint (P.), Levy (G.) et Kupferberg (J.). — La colpohystérectomie : indications et technique. A propos d'un cas de prolapsus géant. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, nov.-déc. 1958, *10*, n° 5, p. 600-601.

66 - Nas de Tourris (J. de). — Physiologie de la miction. *Thèse*, Paris 1959.

67 - Olry (E.). — Colpohysterectomy by the low route in 3rd degree prolapse in aged women. *Scalpel* 116 - 488, 9, 8 juin 1963.

68 - Palmer (A.) et Howkins (J.). — Discussion sur le rôle de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus. *Proc. Roy. Soc. Med.*, oct. 1948, *41*, n° 10, 676-677.

69 - Panayotou (P.P.) et Georkopoulos (P.A.). — Résultats de l'hystérectomie vaginale dans 60 cas de prolapsus utérin. *Zbl. gyn.* 23 juillet 1961, 83, n° 30 - 1203-1207.

70 - Paoli (A.). — Contribution à l'étude du cancer utérin survenant sur un prolapsus génital. *Thèse*, Marseille 1956, n° 76.

71 - Pasquier (V.). — Quelle place peut-on réserver à la colpohystérectomie vaginale dans le traitement des gros prolapsus des femmes âgées ? *Lyon Chir.* Janv. 1962, *58*, n° 1, 141-146.

72 - Patel (J.) et Petit (P.). — Les prolapsus génitaux. *Nouveau précis de pathologie chirurgicale.* 1949, tome VI, p. 744.

73 - Petit (F.H.). — L'opération de Perrin dans l'incontinence d'urines. *Thèse*, Paris, 1955, n° 382.

74 - Postroknik (S.). — Colpohysterectomy in total prolapse in senility. *Med. Archiv.* 15, 107, 15, janv.-fév. 1961.

75 - Poussier (F.). — La place de la colpohystérectomie dans le traitement des prolapsus génitaux. *Ouest médical*, 25 août 1950.

76 - Ricci (J.V.). Détails de technique recueillis d'après 500 hystérectomies vaginales pour prolapsus. *Am. J. Surg.* Mars 1950, *79*, n° 3, 377-386.

77 - Rieunau. — Eviscération vaginale d'une anse grêle 14 jours après hystérectomie vaginale pour prolapsus. *Gyn. Obst.* 33.

78 - Robert (H.). — Procédés opératoires dans les prolapsus. *Revue du praticien*, tome VIII, n° 10.

79 - Rouchy (R.). — Indications et résultats du traitement des prolapsus génitaux. *Soc. de gyn. de l'ouest.* 21, mars 1954.

80 - Rouhier (G.). — Traitement des prolapsus utérovaginaux. *Sem. des Hôp. de Paris.* 1951, 27e année, n° 77, p. 3019.

81 - Rouhier (G.). — La cure des gros prolapsus génitaux (colpectomie, hystérectomie vaginale et plastie périnéovulvaire). *Journ. de Chir.* 1940, T. LV, 1-21.

82 - Roux (G) et Marchal (G.). — Le traitement des prolapsus génitaux graves par la colpohystérectomie vaginale. *Soc. Franç. Gyn.* Janvier 1955, *25*, n° 1, 75-78.

83 - Roux (G.), Marchal (G.) et Baumel (H.). — La réfection du fascia d'Halban comme temps complémentaire de la colpohystérectomie vaginale pour prolapsus. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.* Avr.-mai 1957, *9*, n° 2, 185.

84 - Ruck (C.J.). — 1.000 plastiche Opérationen Indikationen und Ergebnisse. *Zbl Gyn.* 1957, *79*, p. 651.

85 - Sabatier (G.). — Les troubles urinaires après les colpohystérectomies élargies. *Thèse Med.* Paris 1953, n° 51.

86 - Salvatore (C.A.) et Martins (J.A.P.). — L'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin. *An. Brasil Gin.* Juil. 1960, *50*, n° 1, 1-16.

87 - Salvatore (C.A.). — Technique de l'hystérectomie vaginale pour prolapsus. *J. Internat. Coll. Surgeous*, juil. 1957, *28*, n° 1, 37-46.

88 - Shaw (W.). — Opération vaginale pour cystocèle, prolapsus de l'utérus et incontinence. *Surg. Gyn. Obst.* Janv. 1949, *88*, n° 1, 11-12.

89 - Thomson (I.M.). — La correction chirurgicale de l'incontinence d'urines. *Surg. Gyn. Obst.* Avril 1959, 108, n° 5, 493-498.

90 - Veenboer (W.H.) et Kodistra (H.P.). — Hystérectomie vaginale avec avancement radical des ligaments utéro-sacrés dans les prolapsus du 3e degré. *Am. J. Obst. Gyn.*, juin 1947, *53*, n° 6, 936-946.

91 - Vilarem (P.). — Traitement des prolapsus des femmes âgées par colpohystérectomie vaginale. Etude statistique. *Thèse*, Montpellier, 1956-57, n° 11.

92 - Vu Ngoc Hoan. — Indications opératoires des formes cliniques des prolapsus. *Thèse*, Paris, 1952.

93 - Watson (P.S.). — Late results in vaginal hysterectomy. *J. Obst. Gyn. Brit. Com.*, *70*, Fév. 1963.

95 - Williams (J.-T.). — Vaginal hysterectomy and colpectomy for prolapsus of the uterus and bladder. *Am. J. Obst. and Gyn.* 1950, *59*, p. 365.

96 - Zuckermann (C.). — L'hystérectomie vaginale dans quelques cas de prolapsus génital. *Urol. Cutan. Rev.* Janv. 1952, *56*, n° 1, 10-18.